

Les performances des systèmes de santé sont inégales en Europe et dans les pays de l'OCDE. Le taux de décès évitables après intervention du système de santé (interventions directes grâce aux traitements ou indirectes grâce à la prévention) est parmi les plus faible d'Europe en France avec 152 décès pour 100 000 habitants. Un taux inférieur à celui des Allemands (175 décès pour 100 000 habitants). En revanche, la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool est bien supérieure en France à la différence des autres États membres de l'Union européenne. Enfin, le renoncement aux soins dont les causes sont multiples (coût, attente, éloignement, etc.) s'élève en moyenne à 3,2% en France. Ces indicateurs sont généralement corrélés, à de rares exceptions près comme aux États-Unis, avec le montant de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Trois indicateurs parmi d'autres de performance des systèmes de santé sont analysés dans cette fiche : la part de décès évitables après intervention du système de santé (interventions directes grâce aux traitements ou indirectes grâce à la prévention), la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool et le renoncement aux soins dont les causes sont multiples (coût, attente, éloignement, etc.).

La France a un des plus faibles taux de mortalité évitable dans l'Union européenne

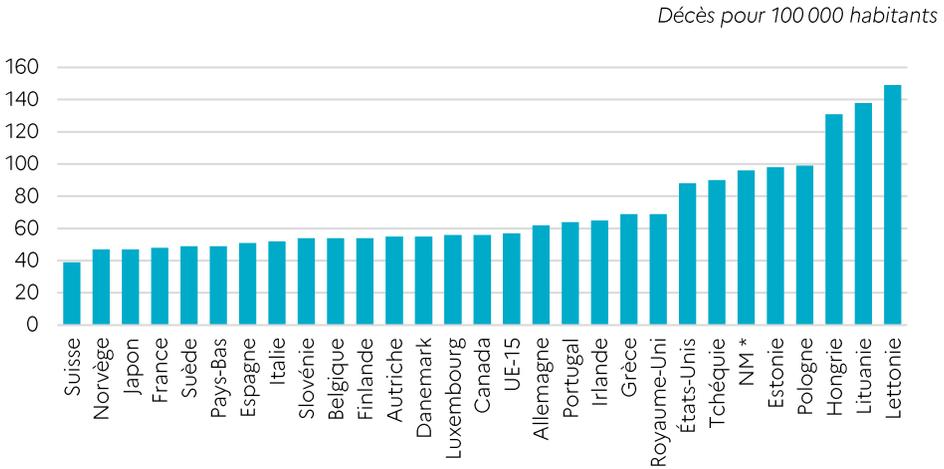
Deux types de mortalité évitable peuvent être distingués : par la prévention, c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies, et par traitement, grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps (la liste des causes de mortalité évitable a été identifiée par Eurostat et l'OCDE en 2019 [encadré 1]). Se trouvent dans la première catégorie des mesures élémentaires d'hygiène, notamment concernant l'eau et la nourriture pour prévenir des maladies intestinales, mais aussi des politiques de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) comme celles du VIH/Sida, des politiques anti-tabagisme pour certains cancers, et la politique de vaccination (coqueluche, tétanos, etc.). La mortalité évitable grâce aux traitements concerne des maladies ordinaires graves mais bien traitées comme la pneumonie, mais aussi certains cancers qui ne peuvent être prévenus mais détectés et pris en charge rapidement (cancer du col de l'utérus ou cancer colorectal par exemple). Certaines maladies relèvent des deux catégories comme le diabète de type 1.

Le taux de mortalité évitable grâce aux traitements est en moyenne de 57 pour 100 000 habitants dans l'Union européenne à quinze (UE-15) [graphique 1]. La Suisse a le plus faible taux de mortalité évitable par traitement (39 pour 100 000 habitants), suivie par la Norvège et le Japon (chacun à 47 pour 100 000 habitants) et la France (48), premier pays de l'UE-15. Les premières causes de mortalité évitable grâce à des traitements en France sont le cancer colorectal, la cardiopathie ischémique, le cancer du sein, les accidents vasculaires cérébraux et la pneumonie. Les nouveaux États membres de l'UE (NM) ont un nombre plus élevé de décès évitables grâce à des traitements (96 décès pour 100 000 habitants).

Le taux de mortalité évitable grâce à la prévention est en moyenne de 104 pour 100 000 habitants dans l'UE-15 (graphique 2). Il est plus élevé de 60% chez les NM (166 pour 100 000 habitants) que dans l'UE-15. La France est moins bien classée pour la mortalité évitable grâce à la prévention : 105 décès pour 100 000 habitants, ce qui la classe au-dessus de la moyenne de l'UE-15 – notamment à cause du taux de tabagisme et de la consommation d'alcool qui engendre à long terme des maladies évitables telles que les cancers du poumon ou les maladies liées à l'alcool.

La somme des deux taux de mortalité constitue l'indicateur global de mortalité évitable. En France, globalement, 153 décès pour 100 000 habitants sont désignés comme évitables. En Allemagne, où la dépense de santé est aussi importante qu'en France (11,7% du PIB), la mortalité évitable est 15% supérieure (175 décès pour 100 000 habitants).

Graphique 1 Mortalité évitable grâce aux traitements en 2019 (ou selon les dernières données disponibles)



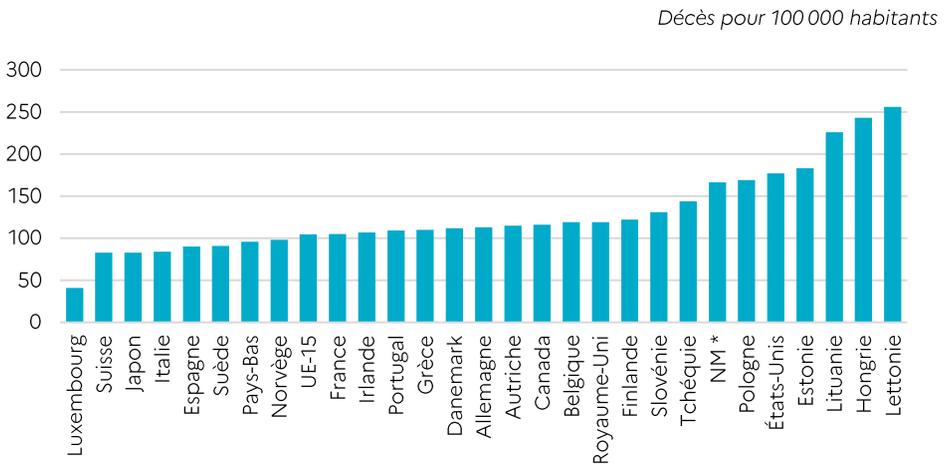
* Uniquement 7 pays : Estonie ; Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovénie, Tchéquie.

Note > Données 2018 pour le Danemark, la Grèce, la Lettonie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal et le Japon; données 2017 pour l'Espagne, l'Italie, le Canada et les États-Unis; données 2016 pour la Belgique et la France; données 2015 pour l'Irlande.

Lecture > En Allemagne, 62 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions en matière de soins de santé.

Sources > OMS, base de données sur la mortalité (calculs OCDE).

Graphique 2 Mortalité évitable grâce à la prévention en 2019 (ou selon les dernières données disponibles)



* Uniquement 7 pays : Estonie ; Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovénie, Tchéquie.

Note > Données 2018 pour le Danemark, la Grèce, la Lettonie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Finlande, la Suède et le Japon; données 2017 pour l'Espagne, l'Italie, le Canada, la Suisse et les États-Unis; données 2016 pour l'Irlande.

Lecture > En Allemagne, 113 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces.

Sources > OMS, base de données sur la mortalité (calculs OCDE).

La consommation de tabac et d'alcool reste élevée en France

Le tabagisme et la consommation d'alcool sont des facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles. Selon les estimations de l'OMS, le tabagisme tue chaque année 7 millions de personnes dans le monde. Bien que le tabagisme diminue, dans l'Union européenne¹, 21 % des adultes (de 15 ans ou plus) fument encore quotidiennement (*graphique 3*)². Le nombre de fumeurs est particulièrement élevé en Grèce, en Hongrie (24,9%) et en France (24%). En revanche, il est de 10,9% aux États-Unis où les politiques publiques de lutte anti-tabac, telles que « Tobacco 21³ » font à la fois baisser le nombre de fumeurs traditionnels et le nombre d'utilisateurs de cigarettes électroniques. La consommation d'alcool, mesurée par le volume des ventes, atteint en moyenne près de 9,8 litres par adulte et par an dans les pays de l'UE-15. La consommation est la plus faible en Grèce et en Norvège, où un adulte en consomme en moyenne environ 6 litres par an en 2019 (*graphique 4*). En revanche, elle est bien plus élevée en Lettonie (12,9 litres), en Autriche (12,2 litres) et, dans une moindre mesure, en France (11,4 litres). La France, avec l'Autriche, la Hongrie, et la Lettonie, sont les pays où ces deux facteurs de risque

pour la santé restent parmi les plus élevés des pays de l'OCDE.

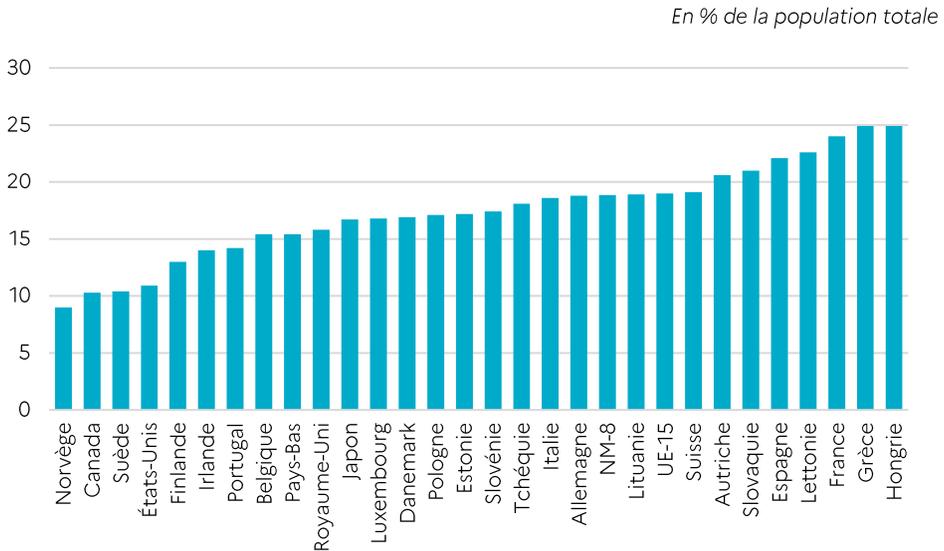
D'une manière générale, si les chiffres français du tabagisme sont élevés, ils décroissent plus vite que dans les autres pays de l'OCDE : de 28,5 % de la population adulte fumeur tous les jours en 2014 à 24 % en 2019. Cette forte diminution du tabagisme en France coïncide avec le renforcement des plans nationaux de lutte anti-tabac depuis maintenant plus de cinq ans (Pasquereau et al., 2020). La consommation d'alcool, mesurée par le volume des ventes, a très légèrement diminué (-1 point depuis 2011). D'autres indicateurs de consommation d'alcool sont en revanche plutôt à la hausse tels que ceux relatifs à l'alcoolisation excessive notamment chez les jeunes adultes (alcoolisations ponctuelles importantes ou l'ivresse) [Nguyen-Thanh et Romain Guignard, 2019]. Actuellement, les politiques publiques en France pour lutter contre la consommation excessive d'alcool reposent sur la fixation de repères pour la consommation d'alcool pour déterminer la limite entre risque et plaisir⁴. Elles recommandent de ne pas dépasser deux verres par jour avec au moins deux jours par semaine sans consommation. Rappelons que la vente de tabac et d'alcool est interdite en France pour les mineurs maintenant depuis plus de dix ans (2009).

1 Union européenne à 27.

2 La prévalence du tabagisme et la consommation d'alcool peuvent être étudiées également avec l'enquête Santé européenne (EHIS). Les résultats sont semblables, néanmoins nous utilisons les données issues de la collecte de l'OCDE qui sont plus régulières et couvrent davantage de pays.

3 Dont la disposition majeure est l'interdiction de vente de tabac ou des cigarettes électroniques avant 21 ans.

4 Ce travail d'expertise scientifique pour identifier la limite entre le « risque et le plaisir » a été réalisé sous l'égide de Santé publique France et de l'Institut national du cancer (INCa) et a été rendu public en mai 2017.

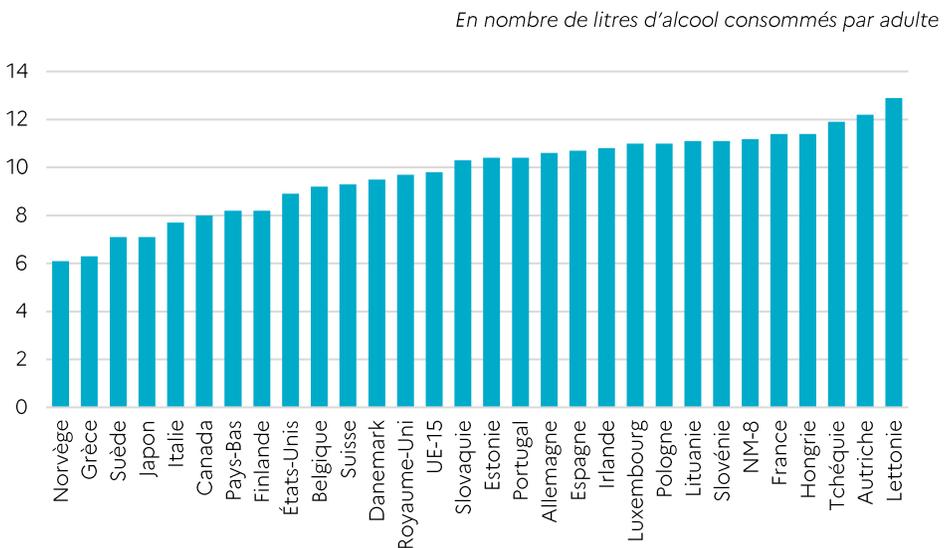
Graphique 3 Proportion d'adultes fumeur quotidiennement en 2019 (ou selon les dernières données disponibles)

Note > Données 2018 pour la Belgique et l'Estonie ; données 2017 pour l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne.

Lecture > En France, en 2019, 24 % des adultes de plus de 15 ans fument quotidiennement.

Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).

Sources > OCDE, Statistiques sur la santé ; Santé publique France, enquêtes Baromètre santé pour les statistiques sur le Tabac en France.

Graphique 4 Consommation d'alcool par adulte en 2019 (ou selon les dernières données disponibles)

Note > Données 2018 pour la Hongrie.

Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).

Sources > OCDE, Statistiques sur la santé ; Direction générale des douanes et droits indirects, ministère de l'Économie et des Finances pour la consommation d'alcool en France.

Un renoncement aux soins plus important dans les pays du sud de l'Europe et au Royaume-Uni

En 2019, près de 4 % de la population de l'UE-28 renonce à des soins médicaux ou dentaires, quelle qu'en soit la raison (*graphique 5, encadré 2*). La Grèce est le pays représenté qui possède le non-recours aux soins médicaux le plus important (9 % de la population de 15 ans ou plus), suivi du Royaume-Uni (8 %), tandis que pour les soins dentaires, c'est le Portugal qui occupe la première place (13 %) [*encadré 2*]. Les raisons financières constituent le principal motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux en Grèce (82 % des renoncements), en Italie (68 %) et au Portugal (52 %), qui sont, par ailleurs, des pays d'Europe où la participation financière des ménages aux soins est la plus importante (respectivement 35 %, 23 % et 30 % de l'ensemble des dépenses de santé). À l'inverse, en Suède, le taux de renoncement pour motifs financiers est nul, et il n'est que de 1 % au Royaume-Uni où les soins sont gratuits. En revanche, pour ce dernier pays, un renoncement sur deux est motivé par des problèmes de délais d'attente. Ce motif est également important en Suède (32 % des renoncements). Concernant les soins dentaires, le renoncement pour des raisons financières est de loin le motif le plus souvent évoqué. C'est le cas pour plus de six personnes sur dix au sein de l'UE-15. Cela concerne 84 % des motifs de renoncement en Italie où les dépenses de prothèses dentaires sont intégralement à la charge du bénéficiaire. Ce motif de renoncement aux soins est également fort en Grèce (91 %), en Espagne (51 %), au Portugal (73 %). À l'opposé, en Allemagne, pays où l'on renonce le moins aux soins dentaires pour raisons financières parmi les pays représentés (36 %), les tarifs des soins dentaires sont encadrés et seules les prothèses ne sont pas couvertes à 100 % pour les plus de 18 ans. En Europe, l'éloignement et les délais d'attente sont peu évoqués comme motifs de renoncement à des soins ou à des examens dentaires, à l'exception du Royaume-Uni.

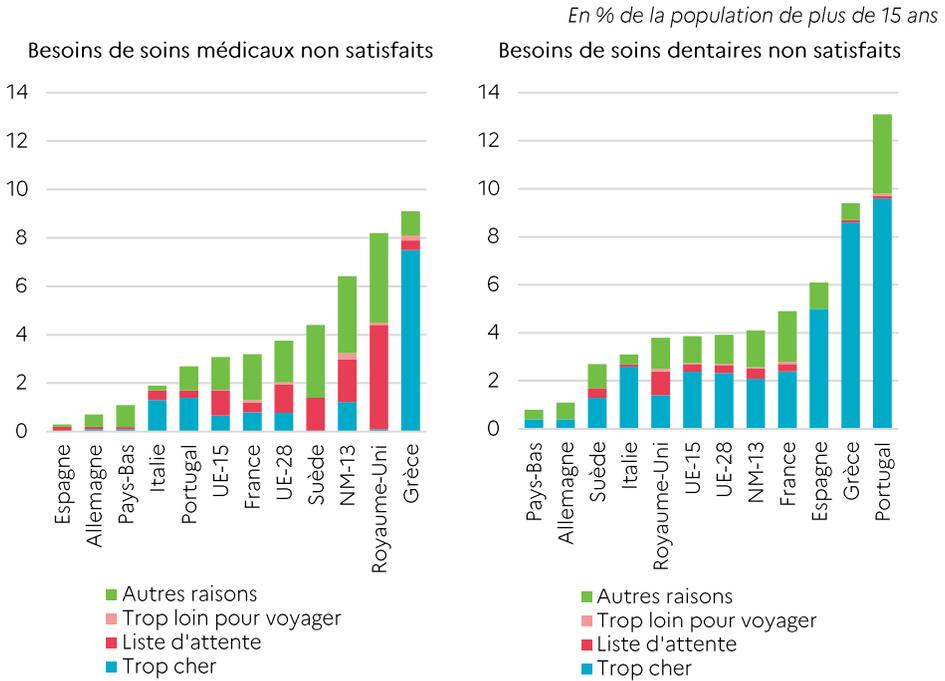
En France, le taux de renoncement aux soins médicaux est de 3,2 %, dont 0,8 % pour raisons financières, 0,4 % pour des raisons d'attente, 0,1 % pour des déplacements trop longs à effectuer et 1,9 %, soit la majorité, pour des raisons non identifiées. Le renoncement aux soins dentaires est plus élevé en France : 4,9 %. En 2019, la moitié de ces besoins non satisfaits de soins dentaires sont dus à leurs coûts.

Quelle corrélation entre les indicateurs de performance et la DCSi ?

Globalement, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements décroît à mesure que le système de soins est développé. La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est ainsi plus importante dans les pays ayant un faible nombre de décès évitables (*graphique 3*), à quelques exceptions près dont l'Allemagne. Avec l'une des DCSi par habitant les plus élevées d'Europe et de l'OCDE, son taux de mortalité évitable par traitements est supérieur à la plupart des pays d'Europe occidentale (175 pour 100 000 habitants). La faiblesse des politiques de lutte contre le tabagisme, la politique de vaccination et surtout l'organisation hospitalière (petits hôpitaux, faiblesse des ressources humaines et des équipements techniques) ont été pointées par la Commission européenne comme des facteurs explicatifs possibles de ces résultats (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Les États-Unis sont également dans cette situation, de façon plus prononcée encore ; cela reflète de fortes inégalités au sein de son système de santé. À l'inverse, en Espagne, la mortalité évitable par traitements est l'une des plus faibles d'Europe (141 pour 100 000 habitants), malgré une DCSi relativement faible.

On n'observe pas de corrélation claire entre l'attente à charge et le renoncement aux soins (médicaux ou dentaires) selon le pays. L'usage de ces questions subjectives sur le renoncement aux soins n'est pas adapté à ce type d'analyse. ■

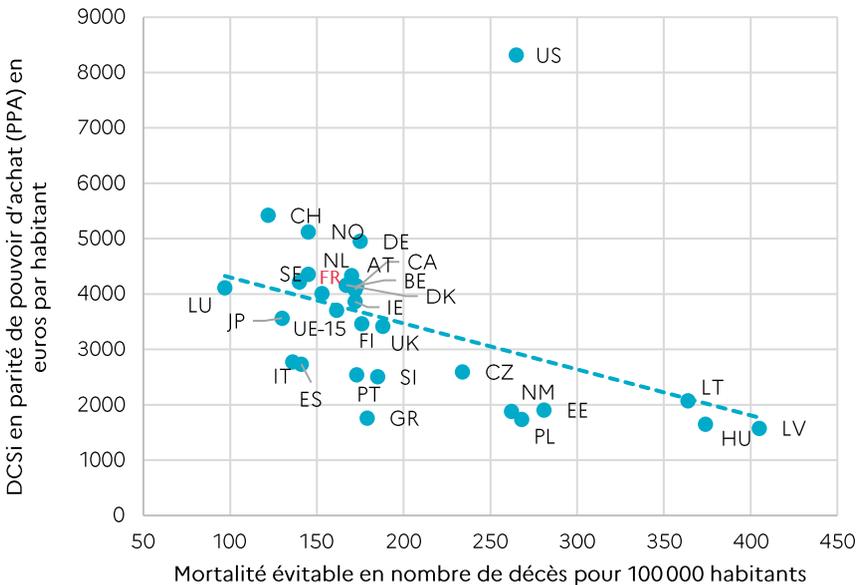
Graphique 5 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2019 pour les adultes



Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).

Source > Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE).

Graphique 6 Mortalité évitable et dépense courante de santé internationale



Sources > OMS, base de données sur la mortalité (calculs OCDE) [axe des abscisses]; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (axe des ordonnées).

Encadré 1 Définir la mortalité évitable (par prévention ou par traitement)

Afin d'élaborer l'indicateur de mortalité évitable dans une perspective internationale, on utilise les statistiques sur les causes de décès, issues notamment de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou de la collecte de données sur les causes de décès d'Eurostat. Parmi les décès enregistrés une année donnée, certains pourraient être évités par des traitements et d'autres par de la prévention. Une liste de cause de décès évitables, par traitements ou par prévention, a été élaborée conjointement par l'OCDE et Eurostat en 2019 (OCDE/Eurostat, 2019). Selon cette même définition, on entend par mortalité évitable par prévention les causes de décès que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces (c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies/traumatismes, pour en réduire l'incidence) permettraient d'éviter. Les causes de mortalité évitable par traitement sont celles qui peuvent être évitées grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps, y compris les interventions de prévention secondaire et de traitement (après le déclenchement des maladies, pour réduire le taux de létalité).

Dans la liste de l'OCDE et d'Eurostat, les causes de décès qui peuvent être à la fois largement évitées et traitées ont été inscrites dans la catégorie des causes de mortalité évitable par prévention au motif que si ces maladies sont évitées grâce à la prévention, il n'y a plus lieu de les traiter. Dans les cas où il n'y a pas véritablement de données probantes attestant de la prédominance de l'une ou l'autre de ces catégories, les causes sont réparties de manière égale entre les deux (par exemple, cardiopathies ischémiques, AVC, diabète), de manière à éviter la double comptabilisation de mêmes causes de décès.

Un seuil de 74 ans a été retenu pour toutes les causes de mortalité. Les données permettant de calculer ces indicateurs proviennent de la base de données de l'OMS sur la mortalité quand ceux-ci sont calculés par l'OCDE et la collecte de données sur les causes de décès d'Eurostat pour les indicateurs élaborés par la Commission européenne. Le taux de mortalité évitable diffère selon les deux organisations du fait d'écart de méthodologie dans les calculs notamment sur la standardisation par âge (c'est-à-dire la neutralisation des différences de structure d'âge entre les pays).

La définition retenue dans cette fiche est celle de l'OCDE. Les taux de mortalité utilisés ici sont standardisés par âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2010.

Encadré 2 Le renoncement aux soins dans les comparaisons internationales et l'enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV - EU-SILC)

Le renoncement aux soins renvoie à un besoin de soins non satisfait (Després *et al.*, 2011). Il s'agit d'une forme particulière de non-recours, car elle suppose l'identification préalable d'un besoin de soins. De ce fait, le renoncement aux soins est nécessairement subjectif : deux personnes peuvent présenter les mêmes symptômes, choisir (de façon délibérée ou contrainte) de ne pas se rendre chez le médecin et pourtant répondre de manière différente à une question sur le renoncement aux soins. Cette différence est encore plus forte quand ces deux personnes vivent dans des pays différents dans la mesure où les opinions sur le renoncement aux soins s'inscrivent dans des contextes culturels et institutionnels très variés (Lafortune et Devaux, 2011).

De plus, la formulation de la question permettant d'identifier le renoncement aux soins joue sensiblement sur la réponse apportée (Legal et Vicard, 2015). Cette formulation n'est pas nécessairement la même selon les pays.

En France, depuis 2015, l'enquête sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), qui permet d'alimenter l'enquête européenne sur ces mêmes questions (EU-SILC), mesure le renoncement aux soins en deux temps. Tout d'abord, une question filtre vise à identifier si les enquêtés ont eu des besoins de soins au cours de l'année écoulée. Si c'est le cas, il leur est demandé s'ils se sont fait soigner autant de fois qu'ils en avaient besoin. On considère alors que la personne a renoncé à des soins si elle répond négativement à cette deuxième question, c'est-à-dire si elle déclare des besoins de soins en partie non satisfaits. Une troisième question interroge alors les enquêtés sur la raison principale les ayant conduits à renoncer à des soins. Ceux-ci doivent renseigner un unique motif parmi les propositions suivantes : n'en a pas les moyens ; délai trop long pour un rendez-vous ou file d'attente trop importante ; n'a pas le temps en raison d'obligations professionnelles ou familiales ; médecin trop éloigné, difficultés de transport pour s'y rendre ; a redouté d'aller voir un médecin, de faire des examens ou de se faire soigner ; a préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes ; ne connaissait pas de bon médecin ; autres raisons.

Parmi les pays de l'UE-15, à l'exception de la France, 9 pays interrogent les individus sur le renoncement aux soins comme en France, c'est-à-dire avec trois questions dont une première permettant d'identifier les besoins de soins des individus. Il s'agit de l'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal et la Suède. Les cinq autres questionnent directement les individus sur les besoins de soins non satisfaits, puis sur les raisons. Cette différence provient du règlement européen qui précise uniquement les informations qu'il est nécessaire de collecter : le besoin non satisfait en matière d'examen ou de traitements médicaux, ou de soins dentaires et les principales raisons du besoin non satisfait (Règlement Délégué [UE] 2020/258 de la Commission du 16 décembre 2019 complétant le règlement [UE] 2019/1700 du Parlement européen et du Conseil).

Au-delà de cette différence, la ventilation des principales raisons est assez uniforme entre les pays.

Pour en savoir plus

- > **Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., Jusot, F. (2011, octobre).** Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique. *Irdes, Question d'économie de la santé*, 169.
- > **Lafortune, G., Devaux, M. (2011).** Accès financier aux soins de santé : enseignements et limites des comparaisons internationales. *DREES, Renoncement aux soins – actes de colloque*, Collection études et statistiques, 21-36.
- > **Legal, R. Vicard, A. (2015, juillet).** Renoncement aux soins pour raisons financières. *DREES, Dossiers Solidarité Santé*, 66.
- > **Nguyen-Thanh, V., Guignard, R. (2019).** Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 5-6, 87-117.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a).** France : profil de santé par pays 2019, State of Health in the EU. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b).** Germany : Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.
- > **OECD/European Union (2020).** *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris, France : édition OCDE.
- > **OCDE/Eurostat (2019),** Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>.
- > **Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. (2020).** Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 14, 273-281.