

Les performances des systèmes de santé sont inégales entre les pays européens et au sein des pays membres de l'OCDE. En France, le taux de décès évitables après intervention du système de santé, grâce aux traitements ou à la prévention, est parmi les plus faibles d'Europe avec 164 décès pour 100 000 habitants, et est inférieur à celui de nos voisins allemands (195 décès pour 100 000 habitants). La prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool en France diminue depuis 2014 et figure à un niveau intermédiaire parmi les pays de l'Union européenne. En outre, en 2020 en France, 4,4 % des adultes déclarent avoir renoncé à un soin médical; le renoncement aux soins dentaires est particulièrement élevé : 8,3 % en France en 2020, comparé à 4 % en moyenne dans l'UE-15. Ces indicateurs souffrent toutefois de nombreux problèmes de comparabilité entre les pays observés. Enfin, les indicateurs de taux de décès évitables sont corrélés, à de rares exceptions près comme les États-Unis et l'Allemagne, au montant des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi).

Cette fiche présente trois indicateurs de performance des systèmes de santé¹ : 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 médicaux et dentaires dont les causes sont diverses (coût, attente, éloignement, etc.).

Les données ne sont pas disponibles pour tous les pays pour 2020. C'est notamment le cas de la mortalité évitable pour la France : les dernières données disponibles portent sur l'année 2016².

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

On distingue deux types de mortalité évitable : par la prévention, c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies, et par traitement, c'est-à-dire 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 2020 [encadré 1]). La première catégorie désigne la mortalité évitée grâce à 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 qui peuvent être soignés s'ils sont détectés et pris en charge rapidement (cancer du col de l'utérus ou cancer colorectal par exemple). Certaines maladies se situent dans les deux catégories comme le diabète de type 1. La mesure de la mortalité évitable est ici réalisée à structure d'âge comparable entre les pays observés (population OCDE 2010), et est réalisée à partir des décomptes de décès agrégés.

En 2019, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements est en moyenne de 60 pour 100 000 habitants dans l'Union européenne à quinze (UE-15) [graphique 1]. La Suisse présente le plus faible taux de mortalité évitable par traitement (41 pour 100 000 habitants en 2019), suivie des Pays-Bas et du Luxembourg (50 décès pour 100 000 habitants en 2019). La France, en 2016, comptabilisait 51 décès évitables par traitement pour 100 000 habitants, et est le troisième pays présentant le taux de mortalité évitable par traitement le plus faible 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 (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Les nouveaux États membres de l'UE (NM [glossaire]) ont un nombre de décès évitables par traitement pratiquement deux fois plus élevé que l'UE-15 (115 décès pour 100 000 habitants en 2019).

¹ Ces indicateurs ne prétendent pas mesurer intégralement les performances des systèmes de santé sur la santé des personnes, mais fournissent toutefois un éclairage intéressant.

² En France, la production des décomptes de décès par causes a pris du retard; un travail de rattrapage est en cours par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc) de l'Inserm.

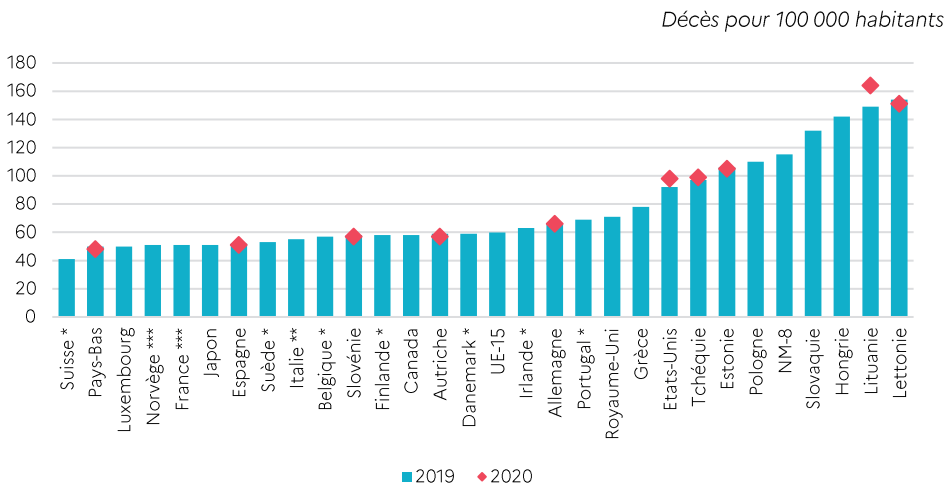
En 2019, le taux de mortalité évitable grâce à la prévention est en moyenne de 111 pour 100 000 habitants dans l'UE-15 (*graphique 2*). Il est plus élevé de 73 % chez les NM (192 pour 100 000 habitants) que dans l'UE-15. En France, en 2016, on comptait 113 décès évitables par la prévention pour 100 000 habitants. Ce taux est supérieur à la moyenne de l'UE-15 ; et peut s'expliquer notamment par la consommation de tabac et d'alcool, supérieure à la moyenne de l'UE, qui engendrent à long terme des maladies évitables telles que les cancers du poumon ou les maladies liées à l'alcool (*voir le paragraphe suivant*).

La somme des deux taux de mortalité constitue l'indicateur global de mortalité évitable. En France, globalement, 164 décès pour 100 000 habitants sont désignés comme évitables en 2016.

L'Allemagne, dont la dépense de santé est supérieure à celle de la France (5 055 euros par tête en PPA santé en Allemagne contre 4 173 euros par tête en France), présente un taux mortalité évitable 15 % supérieur en 2019 (188 décès pour 100 000 habitants).

La crise sanitaire débutée en 2020 a également impliqué une hausse du nombre de décès évitables. Par convention, l'OCDE considère l'ensemble des décès du Covid-19 comme des décès évitables par prévention. Étant donné l'ampleur de la crise sanitaire, cette convention induit nécessairement une augmentation de la mortalité évitable en 2020. Le taux de mortalité allemand a ainsi augmenté de 11 % en 2020 ; cette évolution est encore plus prononcée pour l'Espagne et la Slovaquie (respectivement +20 % et +19 %).

Graphique 1 Mortalité évitable par traitements en 2019 (ou selon les dernières données disponibles) et en 2020

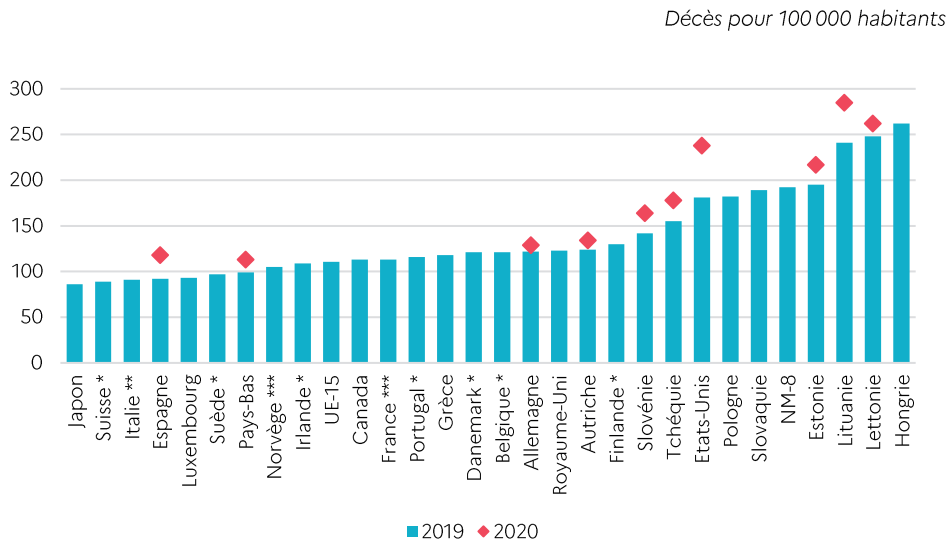


*Données 2018; ** données 2017; *** données 2016.

Lecture > En Autriche, en 2019, 59 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions en matière de soins de santé. En 2020, ce nombre s'élève à 57 décès pour 100 000 habitants.

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) et en 2020



* Données 2018 ; ** données 2017 ; *** données 2016.

Lecture > Aux Pays-Bas, en 2019, 99 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces. Ce nombre s'élève à 113 pour 100 000 habitants en 2020.

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

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

L'indicateur de mortalité évitable dans une perspective internationale est calculé à partir des décomptes des causes de décès, issus 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. Au sein des décès enregistrés pour une année donnée, on considère par convention que certains pourraient être évités par des traitements et d'autres par de la prévention. Une nouvelle liste de cause de décès évitables, par traitements ou par prévention, a été élaborée conjointement par l'OCDE et Eurostat en 2022 (OCDE/Eurostat, 2022). Les décès dus au Covid-19 sont, à ce jour, parmi les décès évitables par prévention.

La mortalité évitable par prévention correspond aux décès que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces permettraient d'éviter (c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies/traumatismes, pour en réduire l'incidence). La mortalité évitable par traitement correspond aux décès qui peuvent être évités par 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.

Au delà de 74 ans, les décès ne sont pas retenus pour le calcul de cet indicateur. 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. Les taux de

mortalité évitable différent 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.

La France est toujours touchée par le tabagisme et la consommation d'alcool mais ces consommations diminuent depuis 2014

Le tabagisme et la consommation d'alcool sont deux facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles. Selon l'OMS, le tabagisme tue chaque année 8 millions de personnes dans le monde. Bien que le tabagisme diminue dans les pays de l'UE-27, 19% des adultes (de 15 ans ou plus) fument encore quotidiennement en 2019 (*graphique 3, encadré 2*). La proportion de fumeurs est particulièrement élevée en Grèce et en Hongrie : environ un adulte sur quatre déclare fumer quotidiennement. En revanche, elle est de 9% aux États-Unis où les politiques publiques de lutte anti-tabac, telle que « Tobacco 21¹ » ciblent à la fois les cigarettes traditionnelles et électroniques.

En 2020, la consommation d'alcool, mesurée par le volume des ventes, atteint en moyenne près de 9,3 litres par adulte et par an dans les pays de l'UE-15. La consommation est la plus faible en Grèce, où un adulte consomme en moyenne 6,3 litres d'alcool par an en 2020 (*graphique 4*). En revanche elle est nettement plus élevée en Lettonie (12,6 litres), en Tchéquie (11,6 litres) et, dans une moindre mesure, en France (10,4 litres).

Parmi les pays étudiés ici, la France a une position intermédiaire en Europe, au niveau de la moyenne européenne (UE-27) en matière de tabagisme et légèrement au-dessus de la moyen-

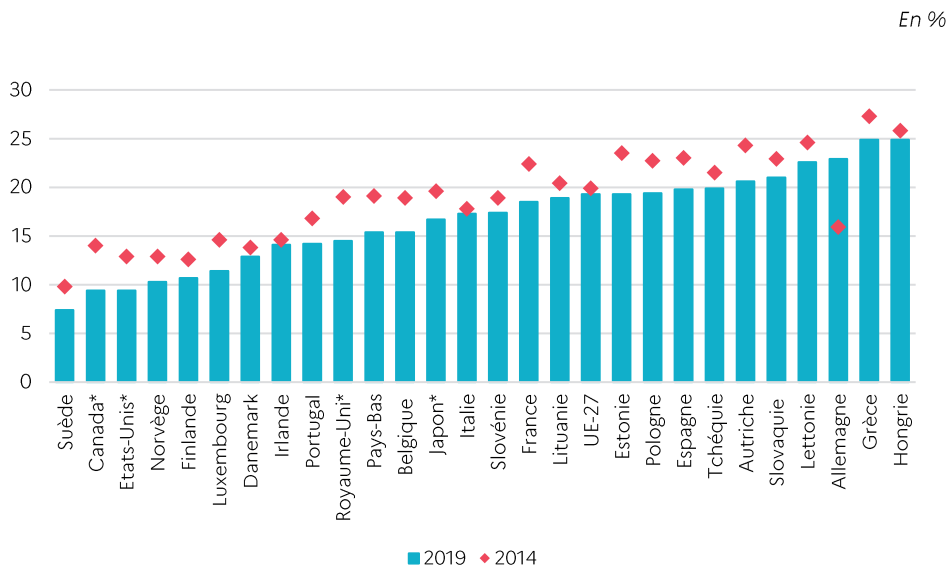
ne de l'UE-15 en ce qui concerne la consommation d'alcool.

Mais la situation de la France, généralement mal positionnée parmi les pays de l'OCDE, a évolué en ce qui concerne ces deux déterminants de la santé. La consommation de tabac française décroît ainsi plus vite que dans les autres pays de l'OCDE étudiés ici : elle est ainsi passée de 22% de la population adulte fumant tous les jours en 2014 à 19% en 2019 (-3 points de pourcentage au cours de cette période). Cette diminution du tabagisme en France coïncide avec le renforcement des plans nationaux de lutte anti-tabac depuis plus de cinq ans (Pasquereau, *et al.*, 2020). La consommation d'alcool française est néanmoins légèrement repartie à la hausse en 2020, mais cette augmentation est à mettre en perspective avec la diminution observée depuis 2014 (-2 litres par adulte et par an) et la stagnation depuis plusieurs années d'autres indicateurs de consommation d'alcool tels que ceux relatifs à l'alcoolisation excessive, notamment chez les jeunes adultes (alcoolisations ponctuelles importantes ou ivresse) [Nguyen-Thanh et Guignard, 2019]. Actuellement les politiques publiques en France de lutte contre la consommation excessive d'alcool reposent sur la fixation de repères pour la consommation d'alcool pour déterminer la limite entre le risque et le plaisir². Elles recommandent de ne pas dépasser deux verres par jour avec au minimum deux jours par semaine sans consommation. Enfin, la vente de tabac et d'alcool aux mineurs est interdite en France depuis 2009.

¹ L'action majeure de ce programme est l'interdiction de vente de tabac ou des cigarettes électroniques avant 21 ans.

² 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 fumant quotidiennement en 2019 et en 2014

* Données OCDE.

Lecture > En France, en 2019, 19% des adultes de plus de 15 ans fument quotidiennement, ils étaient 22% en 2014.

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

Sources > OCDE, Statistiques sur la santé; Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

Encadré 2 Quels chiffres de la consommation de tabac retenir pour les comparaisons internationales ?

Les données relatives à la proportion d'adultes fumant quotidiennement sont majoritairement issues de l'enquête européenne de santé (*European Health Interview Survey [EHIS]*), qui collecte des données sur l'état de santé, le recours aux soins de santé et les déterminants de la santé des personnes âgées de 15 ans ou plus tous les cinq ans avec une même méthodologie. Cette enquête permet, en une seule question, d'établir le nombre de personnes fumant des cigarettes en paquet, roulées, des cigares, des cigarillos, la pipe, la chicha ou le narguilé tous les jours.

Cette enquête n'étant menée que dans les États membres de l'Union européenne (ainsi qu'en Norvège et en Islande), les données de l'OCDE ont été utilisées pour établir le nombre de fumeurs quotidiens au Japon, au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Ces données portent également sur les fumeurs quotidiens, hors cigarettes électroniques, de 15 ans ou plus.

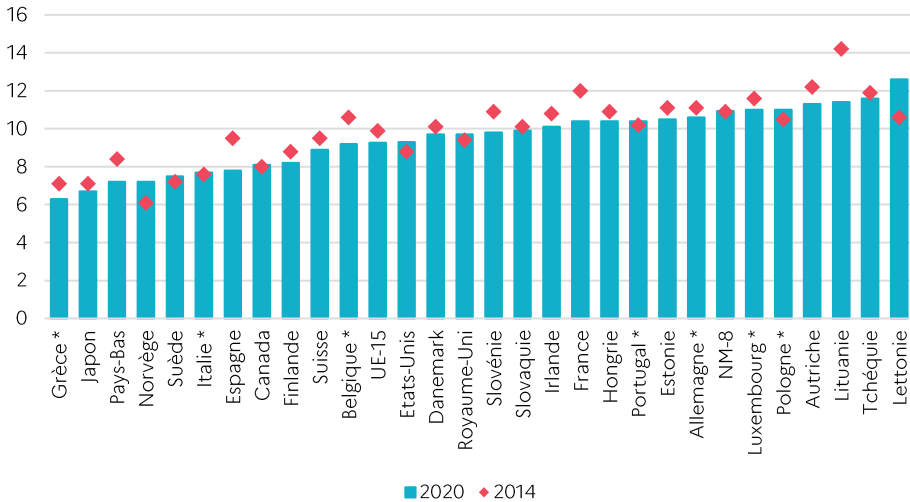
Toutefois, bien que ces données soient relativement similaires pour de nombreux pays, il faut garder à l'esprit que la méthodologie de collecte de ces données peut différer de celle utilisée dans le cadre de l'enquête européenne de santé et pose des questions de comparabilité. Ce phénomène est d'ailleurs particulièrement visible dans le cas de la France.

Dans les *Panoramas* des années antérieures, seules les données collectées par l'OCDE étaient commentées. Pour la France, l'OCDE utilise le Baromètre santé réalisé par Santé publique France afin de mesurer le nombre de fumeurs quotidiens. Contrairement à l'EHIS, ce baromètre limite son analyse aux seuls individus âgés de 18 à 74 ans et interroge différemment les individus sur leur consommation de tabac (avec trois questions successives). Les résultats obtenus en utilisant cette méthodologie sont ainsi bien supérieurs à ceux obtenus avec l'EHIS sur le champ des 15 ans ou plus (24% en 2020 avec les données de l'OCDE issues du Baromètre santé, au lieu de 19% en 2019

avec l'enquête EHIS). Outre la différence de champ d'âge, d'importantes différences méthodologiques existent entre les deux sources (Leduc, *et al.*, 2021). Pour une meilleure comparabilité des données nous privilégions à présent l'utilisation de l'EHIS pour analyser la consommation de tabac en comparaison internationale.

Graphique 4 Consommation d'alcool par adulte en 2020 et en 2014 (ou selon les dernières données disponibles)

En nombre de litres d'alcool consommés par adulte



* Données 2019.

Lecture > Au Royaume-Uni, la consommation d'alcool moyenne est de 9,7 litres par adulte pour l'année 2020. Elle était de 9,4 litres en 2014.

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.

Les pays du sud de l'Europe et le Royaume-Uni sont plus marqués par le renoncement aux soins

En 2020, près de 3% de la population de l'UE-15 (y compris le Royaume-Uni) a déclaré avoir renoncé à des soins médicaux, quelle qu'en soit la raison (graphique 5).

Comparer les résultats obtenus entre les pays est toutefois délicat car la formulation des questions varie d'un pays à l'autre, ce qui affecte fortement les résultats [encadré 3]. La méthode d'interrogation française utilisée¹ depuis 2020 est parfaitement comparable uniquement avec huit pays : l'Italie, l'Espagne, la Roumanie, la Slovaquie, le Royaume-Uni, la Lettonie, la Pologne et l'Estonie.

¹ En 2020, la France a modifié son interrogation sur le non-recours aux soins. À présent, on utilise seulement une question et plus deux afin de mesurer le non-recours.

Au sein de ce groupe de pays, la France a un taux de renoncement aux soins médicaux supérieur à l'Italie et l'Espagne, mais inférieur à la Roumanie, la Slovaquie, le Royaume-Uni et la Lettonie. En Pologne et en Estonie les taux de renoncement aux soins sont 3 à 4 fois supérieurs à ceux observés en France. En France, le taux de renoncement aux soins médicaux s'établit à 4,4% en 2020, dont 2,0% pour raisons financières (soit 45% des renoncements aux soins), 0,4% pour des raisons d'attente, 0,2% pour des déplacements trop longs à effectuer et 1,8% pour d'autres raisons².

Toute méthodologie confondue, l'Estonie est le pays représenté qui possède le non-recours aux soins médicaux le plus important (16,2% de la population de 15 ans ou plus), suivi de la Pologne (14,2%) et de la Grèce (11,9%).

² Les autres motifs de renoncement mentionnés sont : peur du médecin, de l'hôpital, de l'examen ou du traitement ; préfère attendre de voir si le problème se résout de lui-même ; ne connaît pas un bon médecin ou spécialiste ; n'a pas le temps.

Concernant le non-recours aux soins dentaires, c'est la Lettonie qui présente le taux le plus élevé (12,3%) devant le Portugal (11,7%) [graphique 6]. Sur le champ des pays qui ont une formulation parfaitement identique à la France [encadré 3], la France a le taux de renoncement le plus important juste après la Lettonie (environ 12%). Le renoncement aux soins dentaires est en France de 8,3% en 2020 et 70% des besoins non satisfaits de soins dentaires des français sont dus aux coûts impliqués par les soins dentaires.

Pour nos voisins européens, et sans distinction des modalités d'interrogations, les raisons financières constituent aussi le premier motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux en Italie (77% des renoncements) et en Grèce (50%). Ce sont par ailleurs les pays d'Europe où la participation financière des ménages aux soins est la plus importante (21% de l'ensemble des dépenses de santé pour l'Italie et 33% pour la Grèce). À l'opposé, en Suède et en Espagne, le taux de renoncement pour motifs financiers est nul, et n'est que de 1% au Royaume-Uni où les soins sont gratuits. En revanche, pour ce dernier pays, plus d'un renoncement sur deux est motivé par des problèmes de délais d'attente. Ce motif est également important en Suède (41% des renoncements).

Pour les soins dentaires, le renoncement pour des raisons financières et de loin le motif le plus souvent évoqué. Un peu moins de six personnes sur dix déclarent renoncer aux soins pour motif financier au sein de l'UE-15 (57%). Cela concerne 93% des motifs de renoncements 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 Lettonie, en Lituanie, en Espagne et en Grèce (70% à 77%). À l'inverse, en Allemagne, où le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est parmi les plus faibles des pays représentés (40%), les tarifs des soins dentaires sont encadrés et seules les prothèses ne sont pas couvertes à 100% pour les 18 ans ou plus. En Europe, l'éloignement et les délais d'attentes sont peu évoqués comme motifs de renoncement à des soins ou à des examens dentaires, à l'exception de la Finlande (environ 80% des renoncements).

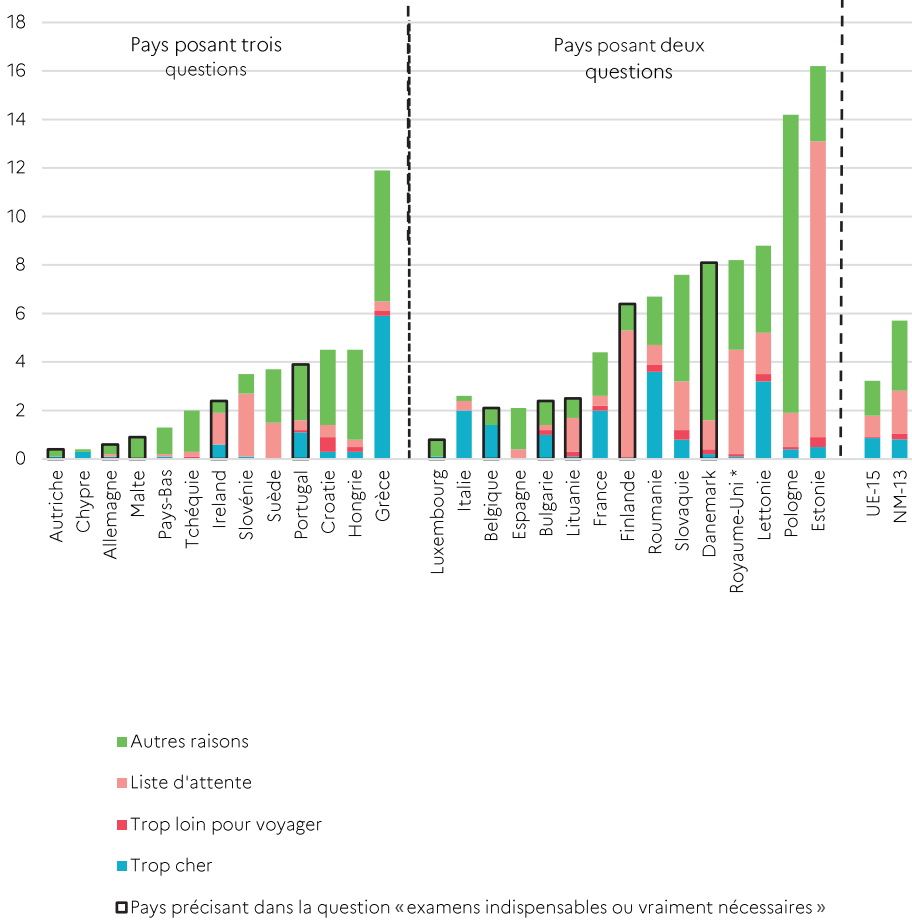
Concernant les pays de l'OCDE non européens, aux États-Unis, en 2016, 22% des américains âgés de 18 ans ou plus ont déclaré avoir renoncé à des consultations médicales pour des raisons financières dans les douze derniers mois. Ce nombre s'établit à 32% concernant le renoncement aux soins dentaires pour ces mêmes raisons (Commonwealth Fund, 2016)¹.

¹ L'enquête du Commonwealth Fund demande aux personnes âgées de 18 ans ou plus si elles ont omis de consulter un médecin alors qu'elles avaient un problème de santé et si elles ont manqué un examen médical, un traitement ou un suivi recommandé par un médecin au cours des 12 derniers mois écoulés. Les résultats obtenus pour les États-Unis (et les autres pays de l'enquête dont la France) sont toutefois à prendre avec précaution puisque la méthodologie diffère de celle utilisée par Eurostat (le renoncement aux soins pour des raisons financières est de 9% en France selon cette étude, contre 2% selon Eurostat).

Une autre étude américaine propose toutefois des résultats comparables pour les États-Unis. Selon une étude réalisée en 2020 sur un échantillon de 400 000 adultes en âge de travailler aux États-Unis, la part des 18-64 ans qui n'avaient pas les moyens de consulter un médecin a augmenté de près d'un tiers – de 11% à 16% entre 1998 et 2017. Parmi ceux qui ont une couverture d'assurance maladie, ils constatent une augmentation de 6 points de chance de rater une visite chez le médecin (Hawks, Himmelstein, Woolhandler, *et al*, 2020).

Graphique 5 Besoins de soins médicaux non satisfaits 2020 pour les adultes (ou selon la dernière année disponible)

En % de la population de 15 ans ou plus



* Données 2018.

Lecture > En Italie, en 2020, 2,6 % des personnes ont renoncé aux soins médicaux (dont 2 % pour raisons financières, 0,4 % pour des raisons d’attente et 0,2 % pour d’autres raisons).

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

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

Encadré 3 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., 2011a). 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 façon différente à une question sur le renoncement aux soins. Cette différence est accentuée 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). Par ailleurs, la formulation de la question permettant d'identifier le renoncement au soin joue sensiblement sur la réponse apportée (Legal et Vicard, 2015), et cette formulation varie effectivement entre les pays.

En France, le renoncement aux soins est mesuré *via* l'enquête sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) réalisée par l'Insee, et harmonisée au niveau européen. De manière générale, le questionnaire procède en trois questions pour évaluer le renoncement aux soins. Une première « question filtre » vise à identifier si l'enquêté a eu des besoins de soins au cours de l'année écoulée. Si c'est le cas, il lui est ensuite demandé s'il s'est fait soigner autant de fois qu'il en avait 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 médicaux (ou dentaires) en partie non satisfaits. Une troisième question interroge ensuite 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.

Au sein de l'UE-28, treize pays interrogent les individus sur le renoncement aux soins avec trois questions, dont une première question filtre permettant d'identifier les besoins de soins des individus. Il s'agit de l'Allemagne, l'Autriche, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Suède, Chypre, Malte, la Tchéquie, la Slovaquie, la Croatie et la Hongrie (*graphique 5 et 6*). Les pays restants, dont la France depuis 2020, questionnent directement les individus sur les besoins de soins non satisfaits, puis sur les raisons, sans préalablement interroger sur le besoin d'examen ou de traitement médical (*graphique 5 et 6*). L'absence de besoin d'examen ou de traitement médical est dans ce type d'interrogation une modalité de réponse au même niveau que la déclaration ou non d'un renoncement au soin. Ces différences de modes d'interrogation s'expliquent par le règlement européen, qui précise uniquement les informations qu'il est nécessaire de collecter : le besoin non satisfait en matière d'examens 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 du Conseil).

En outre, cette distinction dans la façon de poser la question relative au renoncement aux soins est encore plus précise car seulement neuf pays sont parfaitement comparables à la France dans la façon de poser la question relative aux soins (médicaux ou dentaires) : l'Italie, l'Espagne, la Roumanie, la Slovaquie, le Royaume-Uni, la Lettonie, la Pologne et l'Estonie). L'Allemagne, la Finlande ou le Danemark, par exemple, se focalisent sur les « traitements indispensables », ce qui peut, toutes choses égales par ailleurs, abaisser le taux de renoncement par rapport à une formulation qui porte sur l'ensemble des traitements. Legal et Vicard (2015) ont en effet montré que la formulation des questions peut affecter de manière très sensible les résultats sur les taux de renoncement aux soins. Cela incite donc à la plus grande prudence dans la comparaison entre pays des taux de renoncement aux soins.

Les indicateurs de performance sont-ils corrélés à la DCSi ?

Avec l'une des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) exprimée en PPA santé par habitant les plus élevées d'Europe et de l'OCDE, le taux de mortalité évitable par traitement allemand est supérieur à la plupart des pays d'Europe occidentale (195 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 en Allemagne (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Les États-Unis sont également dans cette situation, de façon encore plus prononcée, reflétant de fortes inégalités au sein du système de santé américain.

À l'inverse, en Italie, et dans une certaine mesure en Espagne, au Portugal et en Grèce, la mortalité évitable par traitements est parmi les plus faibles d'Europe (146 pour 100 000 habitants en Italie), malgré une DCSi en parité de

pouvoir d'achat santé (PPA santé [glossaire]) dans la moyenne inférieure de l'UE (moins de 3 000 euros de dépenses courantes de santé en PPA santé par habitant pour les quatre pays). Il semblerait exister une particularité en matière de santé dans les pays du sud de l'Europe.

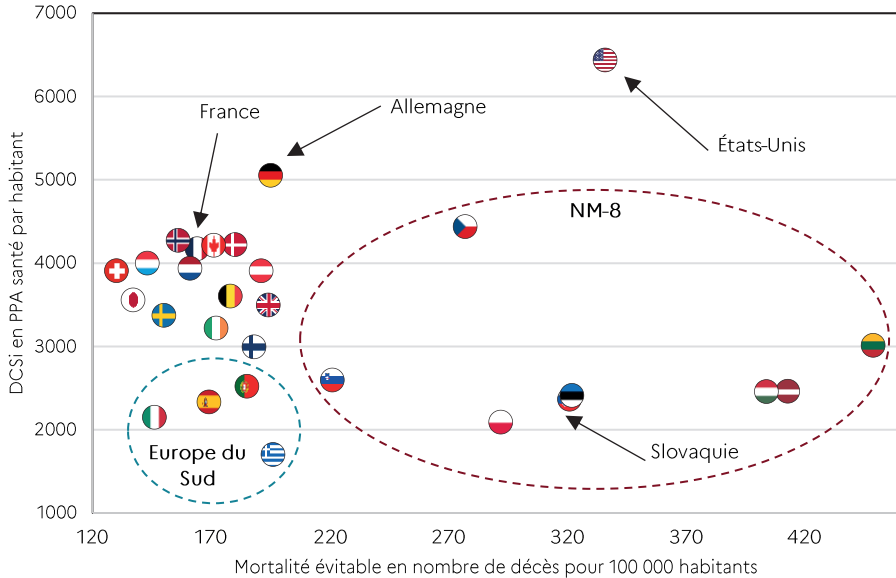
Au contraire, les nouveaux membres (NM-8 [glossaire]), à l'exception de la Tchéquie, présentent quant à eux des DCSi en PPA santé relativement faibles (entre 2 000 et 3 000 euros de dépenses courantes de santé en PPA santé par habitant), et les niveaux de mortalité évitable les plus élevés des pays observés (particulièrement en Lituanie qui compte 449 décès évitables pour 100 000 habitants).

Pour les pays restants, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements décroît également à mesure que le système de soins de santé est développé. La dépense courante de santé au sens international (DCSi) exprimée en PPA dans le domaine de la santé, est ainsi plus élevée dans les pays avec un faible nombre de décès évitables (*graphique 7*).

On n'observe pas de corrélation entre le reste à charge (RAC) et le renoncement aux soins (médicaux ou dentaires) selon le pays. ■

Graphique 7 Mortalité évitable et dépenses courantes de santé en 2020

Mortalité évitable en nombre de décès pour 100 000 habitants (axe des abscisses)
et dépenses courantes de santé en parité de pouvoir d'achat dans le domaine de la santé (PPA santé)
en euros par habitant (axe des ordonnées)



Note > Concernant la mortalité évitable : données 2019 pour le Japon, le Luxembourg, le Canada, la Grèce, le Royaume-Uni, la Pologne, la Slovaquie et la Hongrie ; données 2018 pour la Finlande, la Belgique, le Danemark, le Portugal, l'Irlande, la Suède et la Suisse ; données 2017 pour l'Italie ; données 2016 pour la Norvège et la France. Concernant la DCSi : données 2020.

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).

Pour en savoir plus

- > **Commonwealth Fund** (2016). *Commonwealth Fund International Health Policy Survey, 2016*.
- > **Hawks, L., Himmelstein, D., Woodhandler, S., et al.** (2020). Trends in Unmet Need for Physician and Preventive Services in the United States, 1998-2017.
- > **Leduc, A., Deroyon T., Rochereau, T., Renaud, A.,** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- > **Legal, R., Vicard, A.,** (2015, juillet). Mesurer le renoncement aux soins pour raisons financières : quel est effet de la formulation ? DREES, *Dossiers Solidarité Santé*, 66.
- > **Nguyen-Thanh, V., Guignard, R.** (2019). Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 5-6, p. 87-117.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2019). *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.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2021). *France : profil de santé par pays 2021, State of Health in the EU*. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies Edition.
- > **OCDE/European Union** (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris, France : OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- > **OCDE/Eurostat** (2022), *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death*, <https://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., et al.** (2020). Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 14, p. 273-281.