

# State of Health in the EU **FRANCE**

Profil de santé par pays 2025

## La série profils de santé par pays

Les profils de santé des pays de l'UE fournissent un aperçu concis et pertinent sur le plan politique de la santé et des systèmes de santé dans l'UE/l'Espace économique européen. Ils mettent en évidence les caractéristiques et les défis particuliers de chaque pays dans le cadre de comparaisons entre pays. L'objectif est d'aider les décideurs politiques et les acteurs influents à apprendre les uns des autres et à transférer leurs connaissances. L'édition 2025 des profils de santé des pays comprend une section spéciale consacrée à la politique pharmaceutique.

Ces profils sont le fruit d'une collaboration entre l'OCDE et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, en coopération avec la Commission européenne. L'équipe remercie le réseau Health Systems and Policy Monitor de l'Observatoire, le Comité de la santé de l'OCDE et le groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation des performances des systèmes de santé (HSPA) pour leurs précieux commentaires et suggestions.

## Table des matières

1 Faits marquants	1
2 La santé en France	2
3 Facteurs de risque	5
4 Le système de santé	6
5 Performance du système de santé	9
6 Focus sur les produits pharmaceutiques	18
7 Principales conclusions	22

## Sources des données et des informations

Les données et informations contenues dans les profils de santé des pays sont principalement basées sur les statistiques officielles nationales fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées afin de garantir les normes les plus élevées en matière de comparabilité des données. Les sources et les méthodes qui sous-tendent ces données sont disponibles dans la base de données Eurostat et la base de données de l'OCDE sur la santé. Certaines données supplémentaires proviennent également de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), du Centre européen de prévention et de contrôle des

maladies (ECDC), des enquêtes sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC), de l'enquête sur la santé, vieillissement et retraite en Europe (SHARE), le Système européen d'information sur le cancer (ECIS), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi que d'autres sources nationales.

Les moyennes calculées pour l'UE sont des moyennes pondérées des 27 États membres, sauf indication contraire. Ces moyennes pour l'UE n'incluent pas l'Islande et la Norvège.

Ce profil a été finalisé en septembre 2025, sur la base des données disponibles à la mi-septembre 2025.

## Contexte démographique et socioéconomique de la France, 2024

Facteurs démographiques	France	UE
Taille de la population	68 467 362	449 306 184
Part de la population âgée de plus de 65 ans	21 %	22 %
Taux de fécondité <sup>1</sup> (2023)	1,7	1,4
Facteurs socio-économiques		
PIB par habitant (EUR PPA <sup>2</sup> )	39 113	39 675
Taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale <sup>3</sup>	20,5 %	20,9 %

1. Nombre d'enfants nés par femme âgée de 15 à 49 ans.

2. La parité de pouvoir d'achat (PPA) est définie comme le taux de conversion monétaire qui égalise le pouvoir d'achat de différentes devises en éliminant les différences de niveaux de prix entre les pays.

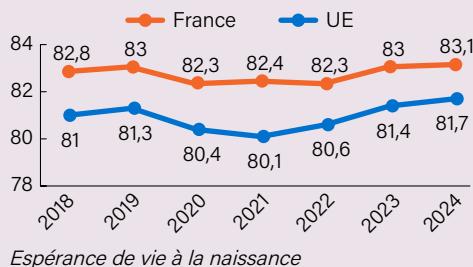
3. Le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (AROPE) est le pourcentage de personnes qui sont soit exposées au risque de pauvreté, soit gravement privées sur le plan matériel et social, soit vivant dans un ménage à très faible intensité de travail.

Source : base de données Eurostat.

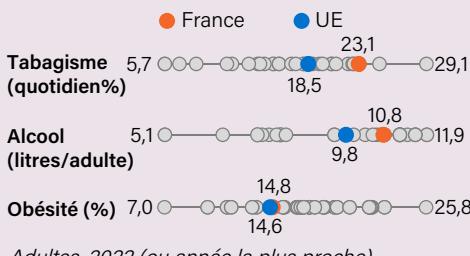
**Avertissements :** Pour l'OCDE, cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions exprimées et les arguments avancés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE. Les points de vue et opinions exprimés dans les publications de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des organisations participantes. Cet ouvrage a été réalisé avec le soutien financier de l'Union européenne. Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent en aucun cas la position officielle de l'Union européenne. Les noms et représentations des pays et territoires utilisés dans cette publication conjointe sont conformes à la pratique de l'OMS. Le présent document, ainsi que les données et cartes qu'il contient, ne préjugent en rien du statut ou de la souveraineté d'un territoire, de la délimitation des frontières internationales et des limites territoriales, ni du nom d'un territoire, d'une ville ou d'une région. Des clauses de non-responsabilité territoriales spécifiques s'appliquent à l'OCDE et peuvent être consultées à l'adresse suivante : <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. Des clauses de non-responsabilité supplémentaires s'appliquent à l'OMS.

Cette traduction a fait l'objet d'une révision terminologique et rédactionnelle. En cas de divergence entre la présente traduction et le texte original en langue anglaise, le texte anglais prévaudra.

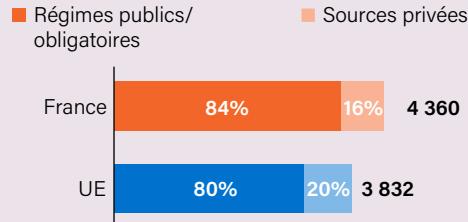
# 1 Faits marquants



Espérance de vie à la naissance



Adultes, 2022 (ou année la plus proche)



Dépenses de santé par habitant (EUR PPA), 2023

## État de santé

En 2024, l'espérance de vie en France dépassait de 1,4 an la moyenne de l'UE. L'écart d'espérance de vie entre les sexes (5,7 ans en faveur des femmes) est supérieur de six mois à la moyenne de l'UE. D'importantes disparités existent également selon le niveau d'éducation : à 35 ans, les hommes ayant suivi des études supérieures peuvent espérer vivre 8 ans de plus que ceux qui n'ont pas obtenu de diplôme de l'enseignement secondaire ; pour les femmes, cet écart est supérieur à 5 ans.

## Facteurs de risque

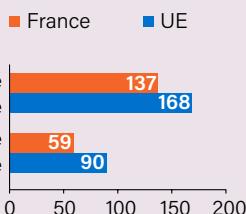
Les facteurs de risque comportementaux sont des facteurs importants de mortalité en France. Près d'un quart des adultes fumaient encore quotidiennement en 2022, soit plus que dans la plupart des autres pays de l'UE. La consommation d'alcool, bien qu'en baisse, reste supérieure à la moyenne de l'UE. Les taux d'obésité ont augmenté pour atteindre la moyenne de l'UE. De nombreux facteurs de risque varient fortement selon le niveau d'éducation.

## Le système de santé

La France se classe dans le tiers supérieur des pays de l'UE en termes de dépenses de santé par habitant. Les dépenses de santé représentaient 11,5 % du PIB en 2023, soit la deuxième part la plus élevée après l'Allemagne. L'assurance maladie publique et les complémentaires privées obligatoires ont financé 84,4 % des dépenses totales de santé en France, une part supérieure à la moyenne de l'UE (80,0 %). La part des dépenses à la charge des ménages (9,3 %) était parmi les plus faibles de l'UE, tandis que les complémentaires privées facultatives représentaient 6,3 % des dépenses totales.

## Performance du système de santé

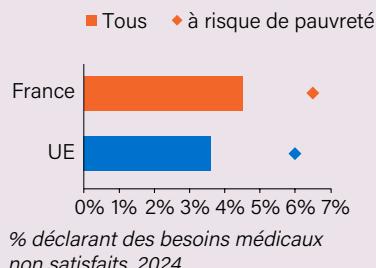
### Efficacité



Taux standardisé selon l'âge pour 100 000 habitants, 2022

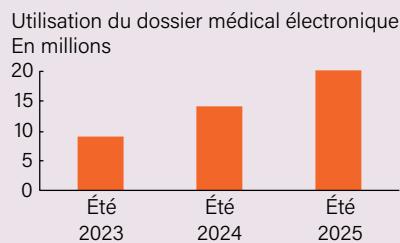
La mortalité due à des causes évitables par la prévention et le traitement est plus faible en France que dans l'ensemble de l'UE. Cependant, la France est derrière certains pays leaders de l'UE (notamment la Suède et l'Italie) en matière de mortalité évitable par la prévention, ce qui indique que des efforts supplémentaires pourraient être faits pour sauver des vies en réduisant l'exposition aux facteurs de risque.

### Accessibilité



L'accès aux soins de santé est généralement bon, malgré la pénurie de médecins généralistes dans les zones sous-dotées. En 2024, les besoins médicaux non satisfaits parmi les personnes ayant déclaré avoir des besoins étaient relativement faibles dans l'ensemble (4,5 %), mais plus élevés pour les personnes exposées au risque de pauvreté (6,5 %). Les besoins non satisfaits sont plus importants pour les soins dentaires (8,2 % dans l'ensemble et 13,7 % pour les personnes exposées au risque de pauvreté), bien que la couverture dentaire publique se soit améliorée depuis 2021.

### Résilience



La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité d'accélérer la transformation numérique du système de santé français. Depuis 2022, un nouveau dossier médical électronique individuel (« Mon espace santé ») permet un partage sécurisé des informations entre les professionnels de santé et les patients. Si son utilisation n'a cessé d'augmenter depuis son introduction, seule une minorité de la population utilise activement cet outil.

## Focus sur la politique pharmaceutique

Les dépenses pharmaceutiques totales en France étaient supérieures de 10 % à la moyenne de l'UE en 2023 (560 euros par habitant contre 510 euros), avec une couverture publique très élevée (83 % contre une moyenne de 62 % dans l'UE). Malgré diverses initiatives politiques visant à accroître l'utilisation des médicaments génériques, la part de marché des génériques en volume (42 % en 2023) reste inférieure à la moyenne de l'UE (51 %). La France occupe une position solide en matière d'innovation pharmaceutique, comme en témoignent des investissements relativement élevés dans la R&D pharmaceutique et le nombre de demandes de brevet.

## 2 La santé en France

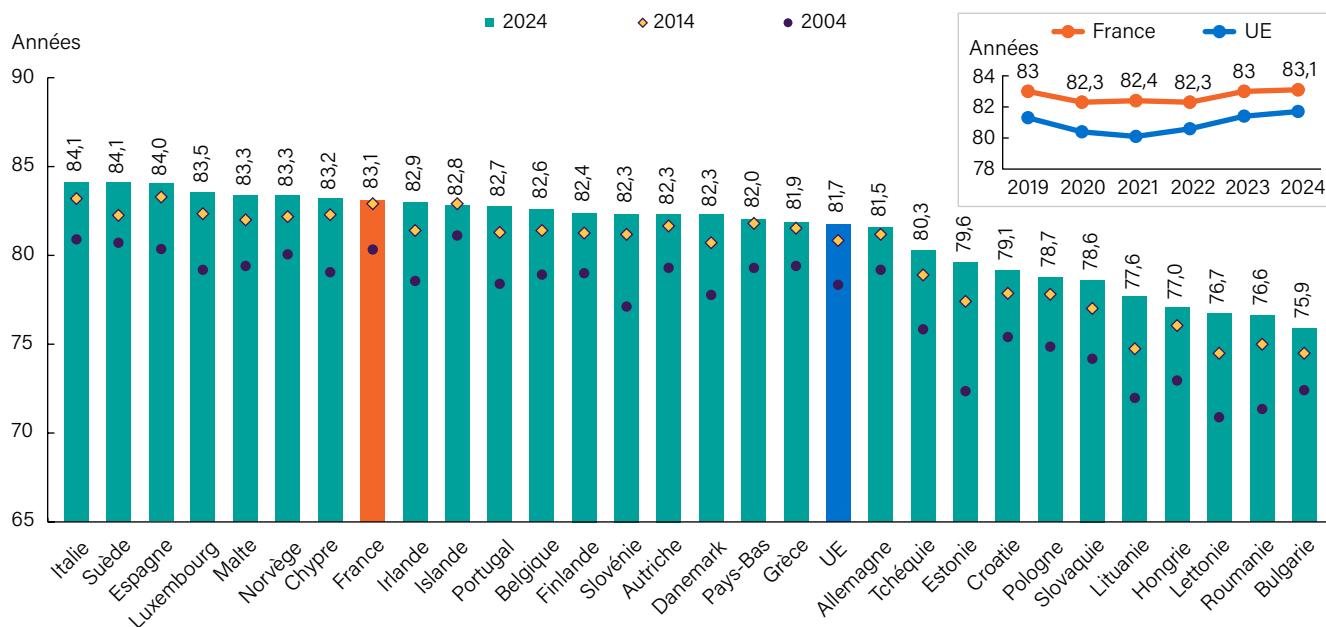
### L'espérance de vie en France reste parmi les plus élevées des pays de l'UE

En 2024, l'espérance de vie à la naissance en France s'établissait à 83,1 ans, soit 1,4 an de plus que la moyenne de l'Union européenne (graphique 1). Elle a baissé de 0,7 an au cours de la première année de la pandémie en 2020 et est

restée à ce niveau inférieur en 2021 et 2022 avant de rebondir en 2023 et 2024.

L'écart d'espérance de vie entre les sexes est important. En 2024, les Françaises pouvaient espérer vivre 85,9 ans, soit 5,7 ans de plus que les hommes (80,2 ans). Cet écart entre les sexes est supérieur de six mois à la moyenne de l'UE (5,2 ans).

**Graphique 1. L'espérance de vie en France est supérieure de 1,4 ans à la moyenne de l'UE**



Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée. Les données de 2024 pour l'Irlande se rapportent à l'année 2023.  
Source : Eurostat (demo\_mlexpec).

Les inégalités d'espérance de vie sont également importantes selon le statut socio-économique. Entre 2020 et 2022, l'espérance de vie des hommes ayant suivi des études supérieures à l'âge de 35 ans était supérieure de 8,0 ans à celle des hommes n'ayant pas obtenu de diplôme du secondaire. L'écart était de 5,4 ans chez les femmes (INSEE, 2024). Cet écart est lié au niveau d'éducation et s'explique par différents facteurs, notamment les différences de revenus et de niveau de vie, d'exposition à des facteurs de risque et d'accès aux soins de santé.

### Le cancer et les maladies cardiovasculaires étaient de loin les principales causes de décès en 2022

En 2022, les principales causes de décès en France étaient le cancer et les maladies cardiovasculaires (y compris les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux), qui représentaient ensemble 45 % de l'ensemble des décès (graphique 2). Les maladies respiratoires, les causes externes de décès (y compris les suicides et les accidents) et la COVID-19 ont également été à l'origine de nombreux décès.

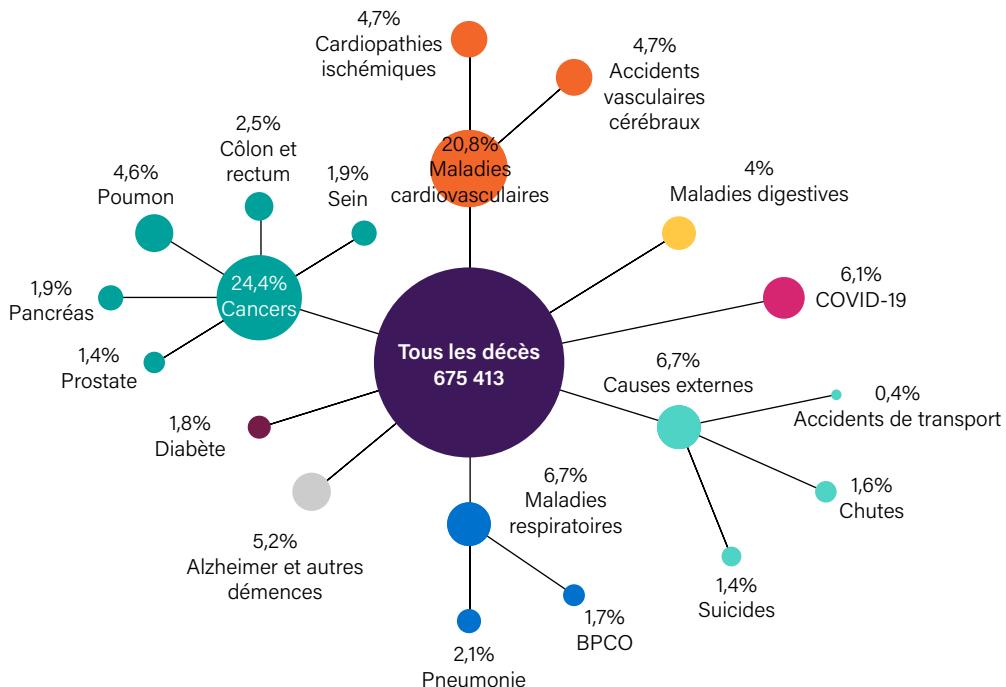
### Environ deux tiers des adultes déclarent être en bonne santé, mais il existe de grandes disparités entre les groupes de revenus

En 2024, environ deux tiers (66 %) des Français déclaraient être en bonne santé, soit un peu moins que la moyenne de l'UE (68 %). Les femmes étaient moins nombreuses que les hommes à déclarer être en bonne santé. L'écart était toutefois encore plus important en ce qui concerne les revenus : seuls 53 % des femmes et 59 % des hommes à faibles revenus déclaraient être en bonne santé, contre 76 % et 79 % de ceux appartenant au quintile supérieur (graphique 3).

### L'espérance de vie à 65 ans en France est supérieure à la moyenne de l'UE, mais seulement la moitié environ de ces années sont vécues en bonne santé

En raison de l'allongement de l'espérance de vie, de la faible fécondité et du vieillissement de la génération du baby-boom, la part des personnes âgées de plus de 65 ans devrait passer de 21 % en 2024 à 27 % en 2050. En 2022, les femmes âgées de 65 ans pouvaient espérer vivre encore 23,0 ans et les hommes 19,2 ans, soit dans les deux cas plus que la moyenne

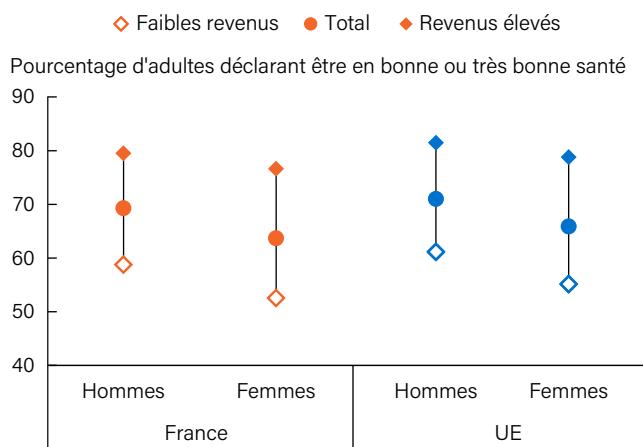
**Graphique 2. Le cancer et les maladies cardiovasculaires ont été les principales causes de décès en France en 2022**



Remarque : IHD = cardiopathies ischémiques ; COPD = bronchopneumopathie chronique obstructive.

Source : Eurostat (hlth\_cd\_aro). Données relatives à 2022.

**Graphique 3. Les inégalités d'état de santé déclaré par niveau de revenu en France sont aussi importantes que la moyenne de l'UE**



Remarque : les faibles revenus correspondent aux adultes se situant dans les 20 % inférieurs (quintile inférieur) de la distribution nationale des revenus disponibles équivalents, tandis que les revenus élevés correspondent aux adultes se situant dans les 20 % supérieurs (quintile supérieur).

Source : Eurostat sur la base de l'EU-SILC (hlth\_silc\_10). Les données se réfèrent à 2024.

de l'UE (graphique 4). Néanmoins, environ la moitié de ces années sont vécues avec une invalidité ou des limitations d'activité, une proportion similaire à la moyenne de l'UE.

Plus de 40 % des Françaises et des Français âgés de 65 ans et plus souffraient de plusieurs maladies chroniques. Comme dans d'autres pays de l'UE, une proportion plus élevée de femmes (31 %) déclarent certaines limitations d'activité (invalidité) par rapport aux hommes (20 %).

### Une part significative de la population française vit avec une maladie cardiovasculaire ou un cancer

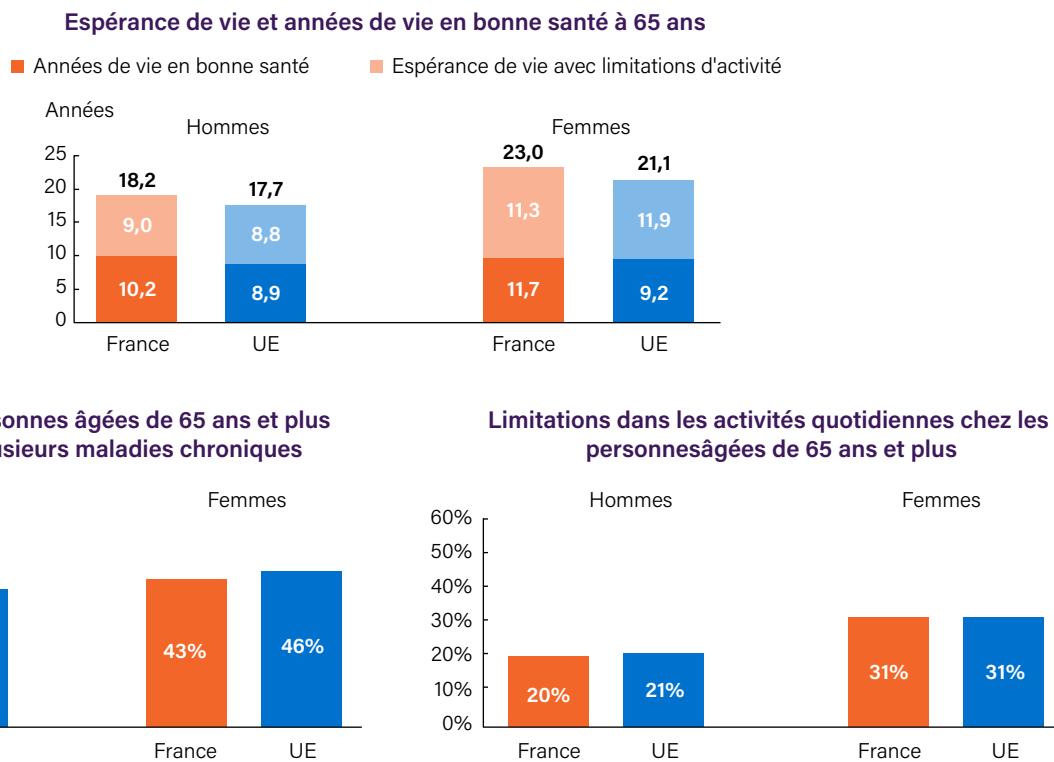
Les maladies cardiovasculaires (MCV) et le cancer sont les principales causes de décès, de morbidité et d'invalidité en France, comme dans la plupart des pays de l'UE. L'"Institute for Health Metrics and Evaluation" (IHME) estime qu'il y avait environ 715 000 nouveaux cas de MCV par an et 11,5 millions de personnes atteintes d'une MCV en 2021 (graphique 5). Si le taux d'incidence en France est inférieur de 10 % à la moyenne de l'UE, son taux de prévalence des MCV est supérieur de 28 %, ce qui reflète une survie plus élevée. Les MCV représentaient 12 % des admissions à l'hôpital en 2022.

Les hommes sont plus touchés que les femmes, avec une incidence supérieure de 19 % et une prévalence supérieure de 12 %.

Selon les estimations de l'European Cancer Information System (ECIS), environ 435 000 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en 2022 et 3,8 millions de personnes vivaient avec un cancer en 2020. La prévalence du cancer est inférieure à celle des maladies cardiovasculaires (MCV). L'incidence du cancer en France est supérieure de 8 % à la moyenne de l'UE, et sa prévalence est supérieure de 14 %. La survie au cancer s'est améliorée au cours des dernières décennies (section 5.1).

En 2022, le taux d'incidence du cancer était estimé à 25 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le taux de mortalité par cancer était deux fois plus élevé chez les hommes ayant un faible niveau d'éducation que chez ceux ayant un niveau d'éducation élevé entre 2015 et 2019. Cette différence s'explique par les disparités socio-économiques liées aux facteurs de risque, aux comportements en matière

## Graphique 4. L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans en France est supérieure à la moyenne de l'UE



Source : Eurostat pour les années de vie en bonne santé (tespm120, tespm130) et enquête SHARE (pour les maladies chroniques et les limitations dans les activités quotidiennes). Les données se rapportent respectivement à 2022 et 2021-2022.

## Graphique 5. Selon les estimations, 11,5 millions de personnes sont atteintes d'une maladie cardiovasculaire en France



Source : IHME, Global Health Data Exchange (estimations pour 2021).

de santé et à l'accès aux soins. L'écart de mortalité par cancer lié au niveau d'éducation est moins important chez les femmes (10 %) (OECD/EC, 2025).

Selon l'Institut national du cancer, le nombre total de cas de cancer a doublé depuis 1990, principalement en raison de la croissance démographique et du vieillissement de

la population, mais aussi, dans une moindre mesure, de l'augmentation du risque de cancer liée au tabagisme, à de mauvaises habitudes alimentaires et à une amélioration des pratiques diagnostiques. Au cours des dernières décennies, la France a lancé des plans nationaux visant à améliorer la prévention et la prise en charge de la maladie (section 5.1).

### 3 Facteurs de risque

#### Les facteurs de risque comportementaux et environnementaux sont les principaux facteurs de mortalité en France

Selon les estimations de l'IHME, environ 146 000 décès survenus en France en 2021 peuvent être attribués à des facteurs de risque comportementaux, comme le tabagisme, les risques liés à l'alimentation, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique. 15 000 décès supplémentaires peuvent être attribués à la pollution atmosphérique sous forme de particules fines (PM<sub>2,5</sub>) et à l'exposition à l'ozone uniquement. Ces facteurs de risque comportementaux et environnementaux ont ensemble représenté 25 % de tous les décès en France en 2021, soit moins que la moyenne de l'UE, qui est de 29 %. Cette différence s'explique principalement par le fait que la part des décès imputables aux risques liés à l'alimentation et à la pollution atmosphérique est inférieure à la moyenne de l'UE en France.

#### La France a l'un des taux de tabagisme les plus élevés de l'UE et une consommation d'alcool supérieure à la moyenne

Bien que la proportion de fumeurs quotidiens en France ait diminué, passant de 30 % en 2010 à 23 % en 2023, elle reste l'une des plus élevées de l'UE (graphique 6). Comme dans d'autres pays, les hommes (25 %) sont plus nombreux à fumer que les femmes (21 %), mais le taux chez les femmes en France est l'un des plus élevés de l'UE. Plus positivement, le tabagisme régulier chez les jeunes de 15 ans a fortement

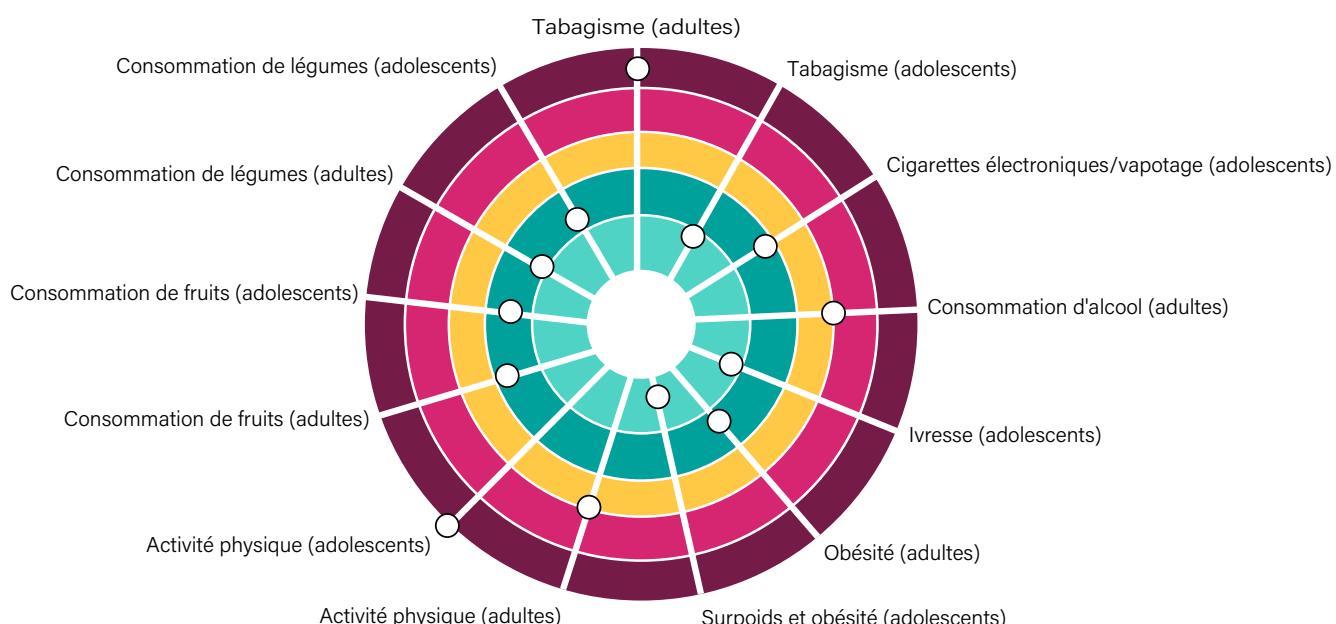
diminué au cours de la dernière décennie, passant de 26 % des adolescents déclarant avoir fumé au cours du mois précédent en 2014 à 12 % en 2022, et est désormais inférieur à celui de la plupart des pays de l'UE. Cependant, le vapotage est en hausse chez les jeunes : 19 % des jeunes de 15 ans ont déclaré avoir utilisé une cigarette électronique au cours du dernier mois en 2022. La France a mis en œuvre une série de mesures visant à réduire le tabagisme (section 5.1).

Si la consommation d'alcool a diminué depuis 2000, elle était encore supérieure de 10 % à la moyenne de l'UE en 2022. La proportion de jeunes de 15 ans ayant déclaré avoir été ivres plus d'une fois dans leur vie a considérablement diminué, passant de 22 % en 2010 à 14 % en 2022, et est désormais inférieure à celle de la plupart des pays de l'UE.

#### Les taux de surpoids et d'obésité chez les adultes et les adolescents ont augmenté en France depuis 2010

Le taux d'obésité chez les adultes en France est ainsi passé de 13 % en 2010 à 15 % en 2022, se situant désormais dans la moyenne de l'UE. Chez les jeunes de 15 ans, les taux de surpoids et d'obésité ont également augmenté, passant de 10 % en 2010 à 16 % en 2022, mais ils restent inférieurs à la moyenne de l'UE (21 %). Une mauvaise alimentation est le principal facteur à l'origine de cette augmentation. Si la France compte une proportion plus élevée d'adultes consommant au moins un fruit ou un légume par jour que la plupart des pays de l'UE, seuls 58 % des adultes déclaraient manger des fruits

**Graphique 6. Le tabagisme et la consommation d'alcool chez les adultes restent des problèmes de santé publique importants en France, tout comme la faible activité physique chez les adolescents**



Remarques : plus le point est proche du centre, meilleurs sont les résultats du pays par rapport aux autres pays de l'UE. Aucun pays ne se situe dans la «zone cible» blanche centrale, car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines.

Sources : Calculs de l'OCDE fondés sur l'enquête HBSC 2022 pour les indicateurs relatifs aux adolescents ; Eurostat sur la base de EU-SILC et OCDE data explorer pour les indicateurs relatifs aux adultes (2022 ou année la plus proche).

quotidiennement et 65 % déclaraient manger des légumes quotidiennement en 2022. La consommation de fruits et de légumes est beaucoup plus faible chez les adolescents : seuls 33 % des jeunes de 15 ans consommaient au moins un fruit ou un légume par jour en 2022.

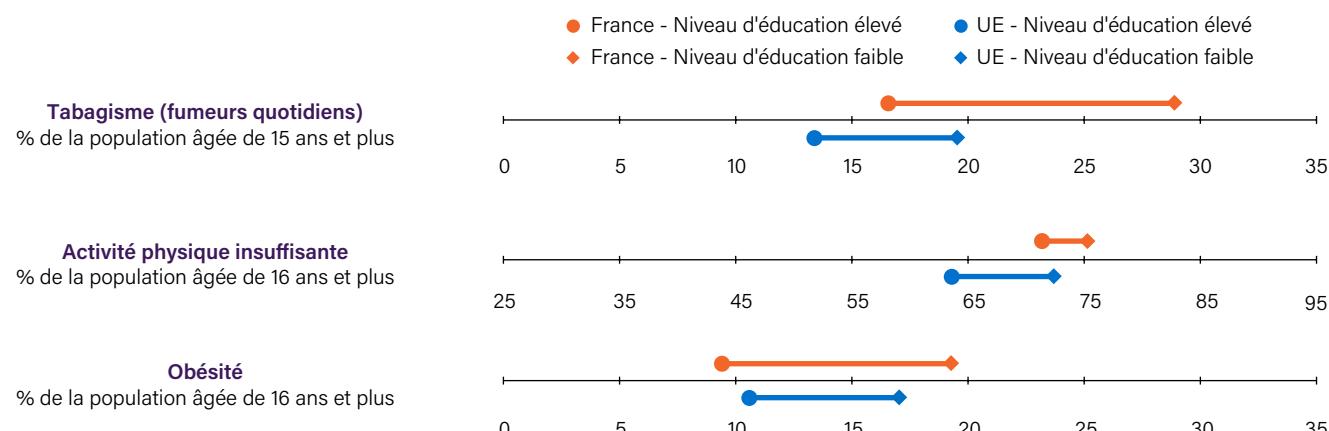
### L'activité physique chez les adolescents en France est l'une des plus faibles parmi les pays de l'UE

Le faible niveau d'activité physique contribue également au surpoids et à l'obésité. En 2022, les adolescents français présentaient le deuxième taux le plus faible d'activité physique modérée quotidienne de 60 minutes dans l'UE après l'Italie, seuls 6 % des filles de 15 ans et 15 % des garçons atteignent l'objectif. Parmi les adultes, seuls 26 % pratiquaient une activité physique en dehors du travail plus de trois fois par semaine, une proportion inférieure à celle de la plupart des autres pays.

### De nombreux facteurs de risque comportementaux sont plus fréquents chez les personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé

De nombreux facteurs de risque comportementaux sont plus fréquents chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation, en France comme dans d'autres pays de l'UE. En 2023, 29 % des adultes ayant un faible niveau d'éducation fumaient quotidiennement, contre 17 % de ceux ayant un niveau d'éducation élevé, soit un écart bien plus important que la moyenne de l'UE. L'écart lié au niveau d'éducation est également plus important que la moyenne de l'UE en ce qui concerne l'obésité : 19 % des personnes ayant un faible niveau d'éducation étaient obèses en France en 2022, contre 9 % des personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé, selon l'enquête EU-SILC (graphique 7).

**Graphique 7. Les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur sont plus susceptibles de fumer et d'être obèses que celles ayant un niveau d'éducation supérieur**



Remarque : Le niveau d'éducation faible correspond à la population n'ayant pas dépassé le premier cycle de l'enseignement secondaire (niveaux 0 à 2 de la CITE), tandis que le niveau d'éducation élevé correspond à la population ayant achevé des études supérieures (niveaux 5 à 8 de la CITE). Une activité physique faible est définie comme une pratique d'activité physique trois fois par semaine ou moins.

Sources : Eurostat, sur la base de l'EHIS 2019 pour le tabagisme (hth\_ehis\_skle) et de l'EU-SILC 2022 pour l'activité physique et l'obésité (ilc\_hch07b, ilc\_hch10).

## 4 Le système de santé

### Le système de santé est principalement centralisé, certaines responsabilités étant dévolues aux régions

Le système de santé français est de type mixte. Bien qu'il repose structurellement sur une approche de sécurité sociale, il partage de nombreuses caractéristiques avec un système national de santé, notamment un modèle de payeur public unique, l'importance des recettes fiscales pour compléter les cotisations sociales, une forte intervention de l'État et des prestations basées sur la résidence. Si les agences régionales de santé jouent un rôle plus important dans la gestion de la prestation des soins de santé (en particulier les soins hospitaliers) au niveau local depuis 2009, la sécurité sociale et le gouvernement continuent de jouer un rôle prépondérant dans l'organisation du système de santé et la définition de ses

conditions de fonctionnement. Au cours des deux dernières décennies, l'État s'est également davantage impliqué dans le contrôle des dépenses de santé financées par le système de sécurité sociale en fixant un objectif annuel national de dépenses de santé (ONDAM).

### La couverture sanitaire universelle est financée par un large éventail de sources de revenus

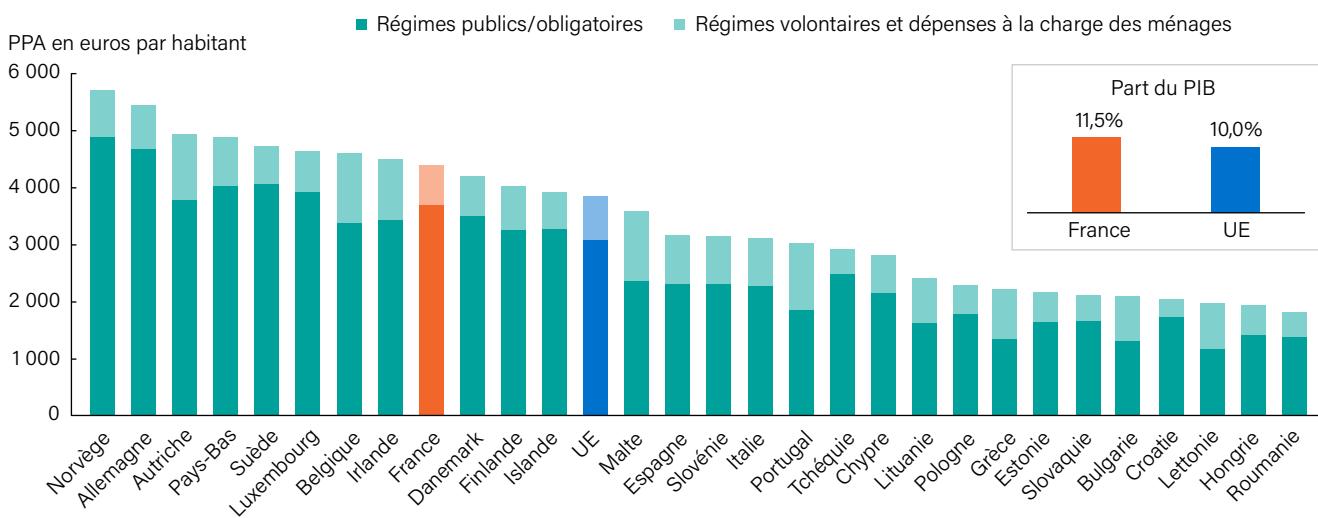
Le système de sécurité sociale offre une couverture à l'ensemble de la population sur la base de la résidence grâce à divers régimes obligatoires. Les recettes destinées aux soins de santé proviennent des cotisations sociales, des impôts sur le revenu affectés à la santé, des taxes sur la valeur ajoutée et d'autres sources telles que les taxes sur le tabac

et l'alcool. La quasi-totalité de la population (96 %) dispose d'une assurance maladie complémentaire (obligatoire pour les employés du secteur privé ou facultative) pour couvrir les tickets modérateurs et les services moins bien pris en charge par la sécurité sociale, tels que les soins dentaires et optiques (bien que la couverture publique de ces soins se soit considérablement améliorée en 2021).<sup>1</sup> En 2023, les régimes d'assurance maladie obligatoires publics et des complémentaires privées ont financé 84 % de l'ensemble des dépenses de santé en France, soit une part supérieure à la moyenne de l'UE (80 %).

## Les dépenses de santé en France sont supérieures à la moyenne de l'UE, en particulier en pourcentage du PIB

En 2023, les dépenses de santé en France représentaient 11,5 % du PIB, soit la deuxième part la plus élevée de l'UE après l'Allemagne (11,7 %) et supérieure à la moyenne de l'UE (10 %). Les dépenses de santé par habitant ont atteint 4 360 euros (ajustées en fonction du pouvoir d'achat), ce qui place la France dans le tiers supérieur des pays de l'UE et au-dessus de la moyenne de l'UE (graphique 8).

**Graphique 8. Les dépenses de santé par habitant en France sont supérieures à celles de la plupart des pays de l'UE**



Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée (calculée par l'OCDE).

Sources : OCDE data explorer (DF\_SHA) ; base de données Eurostat (demo\_gind). Les données se réfèrent à 2023.

Depuis 1996, les dépenses publiques de l'assurance maladie sont contrôlées par des objectifs nationaux annuels.

L'ONDAM, l'objectif national de dépenses publiques de santé, a augmenté de 4,8 % par an au cours de la période 2019-2025, principalement en raison des mesures liées à la pandémie, contre 2,4 % au cours de la période 2015-2019 (Cour des comptes, 2025).

### La France dépense presque autant pour les soins hospitaliers que pour les soins ambulatoires

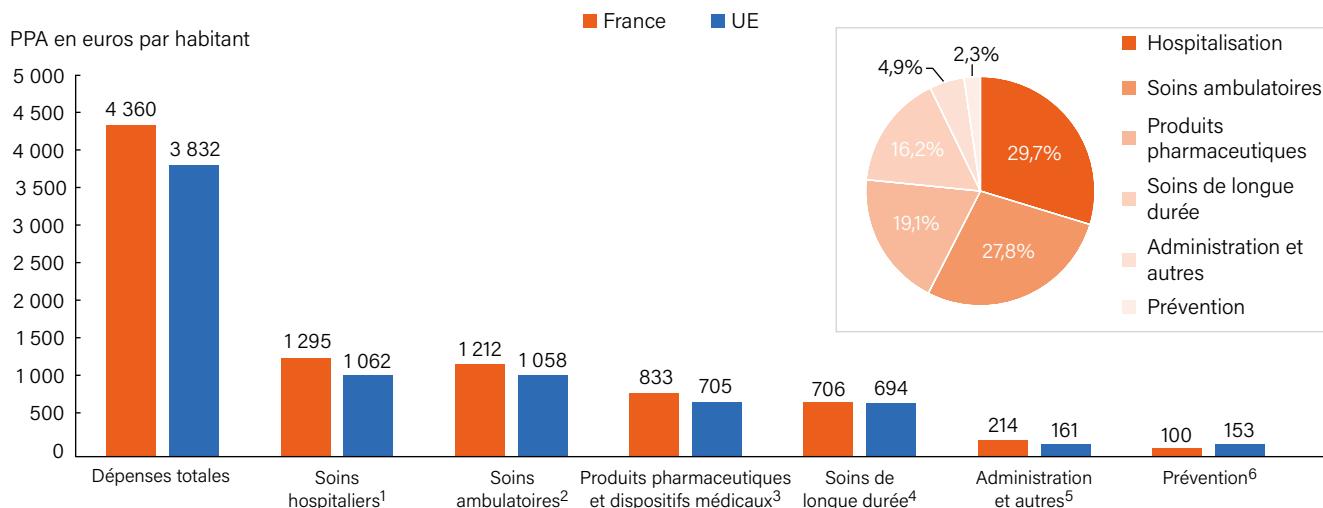
En ce qui concerne la composition des dépenses de santé, les soins ambulatoires (y compris les soins primaires, les soins spécialisés et les soins dentaires) représentaient 30 % des dépenses en 2023, tandis que les soins hospitaliers atteignaient 28 % (graphique 9). Les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux vendus au détail ont également représenté une part importante des dépenses, absorbant 19 % de celles-ci, tandis que les soins de longue durée en ont représenté 16 %. Les dépenses consacrées à la prévention s'élevaient à environ 2 %, soit moins qu'avant la pandémie (environ 3 %) et moins que la moyenne de l'UE (4 %) en 2023.

## Le nombre de lits d'hôpitaux en France est en baisse constante depuis 2000

En 2023, la France comptait 5,4 lits d'hôpital pour 1 000 habitants, soit un peu plus que la moyenne de l'UE (5,1), mais beaucoup moins qu'en Allemagne (7,7). Au cours des deux dernières décennies, le nombre de lits d'hôpitaux par habitant a diminué, passant de 8 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants en 2000. Les places d'hospitalisation partielle et la capacité d'hospitalisation à domicile ont connu une expansion rapide ces dernières années, avec une augmentation de plus de 4 % en 2023 par rapport à 2022 (DREES, 2024a). La réduction du nombre de lits d'hôpitaux est liée à plusieurs tendances : augmentation des hospitalisations ambulatoires et raccourcissement des séjours ; augmentation des hospitalisations à domicile, principalement pour les soins périnataux et palliatifs ; et diminution du nombre de lits de soins de longue durée dans les hôpitaux, liée à l'expansion des maisons de retraite pour personnes âgées.

<sup>1</sup> En France, tous les employeurs du secteur privé doivent fournir à leurs employés une assurance maladie complémentaire, financée conjointement par les employeurs et les employés.

#### **Graphique 9. Près de 60 % des dépenses de santé sont consacrées aux soins hospitaliers et ambulatoires**



*Remarques : 1. Comprend les soins curatifs et de réadaptation en milieu hospitalier et dans d'autres établissements ; 2. Comprend les soins à domicile et les services auxiliaires (par exemple, le transport des patients) ; 3. Comprend uniquement le marché ambulatoire ; 4. Comprend uniquement la composante santé ; 5. Comprend la gouvernance et l'administration du système de santé et d'autres dépenses. 6. Comprend uniquement les dépenses consacrées aux programmes de prévention organisés ; la moyenne de l'UE est pondérée (calculée par l'OCDE).*

Sources : OCDE data explorer (DF\_SHA). Les données se réfèrent à 2023.

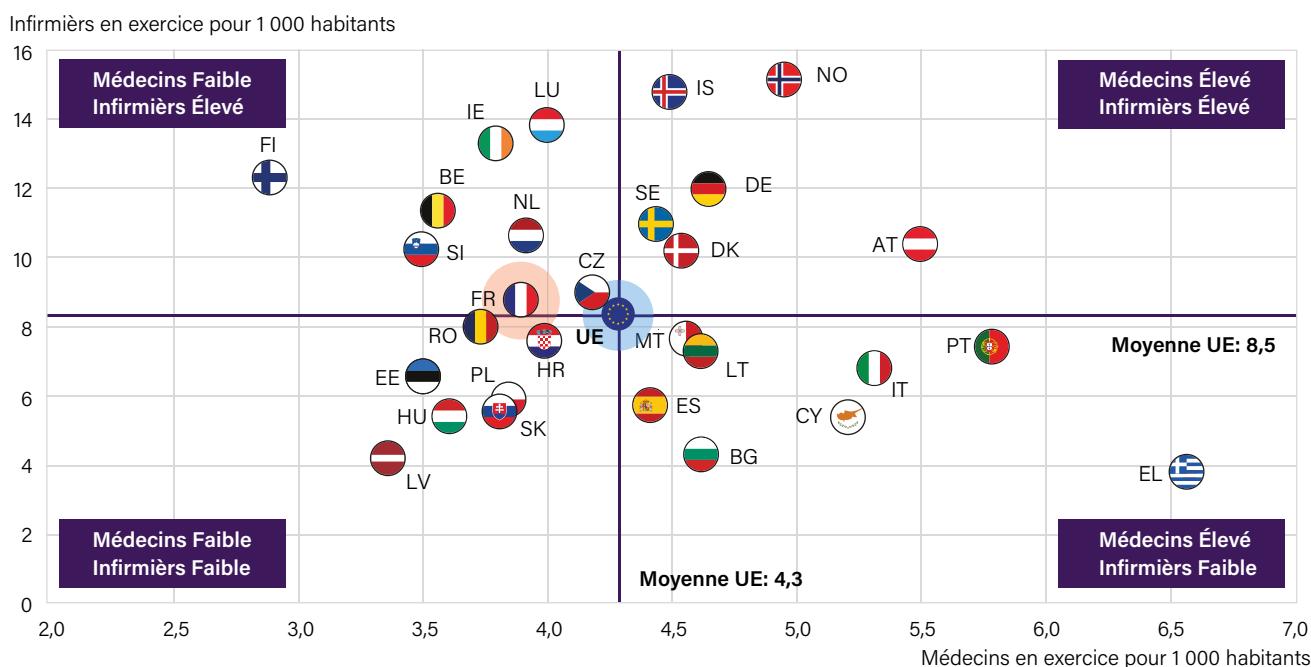
**La densité de médecins est inférieure à la moyenne de l'UE, tandis que la densité d'infirmiers est légèrement supérieure**

Contrairement à la plupart des pays de l'UE où la densité de médecins a augmenté, le nombre de médecins par habitant (hors internes) est resté stable en France au cours de la dernière décennie. En 2023, on comptait 3,9 médecins pour 1 000 habitants (internes compris), soit un chiffre inférieur à la moyenne de l'UE, qui est de 4,3 (graphique 10). Cette densité a contribué à la création de « déserts médicaux ».

en particulier dans les zones rurales et périurbaines. Les gouvernements successifs ont introduit une série de mesures pour remédier à la pénurie de médecins généralistes dans certaines régions (section 5.2).

Le nombre d'infirmiers a légèrement augmenté au cours de la dernière décennie pour atteindre 8,8 pour 1 000 habitants en 2023, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE, qui est de 8,5. Une nouvelle loi adoptée en 2025 redéfinit et élargit le rôle des infirmiers afin d'améliorer le recrutement et la rétention (section 5.2).

**Graphique 10. La densité de médecins en France est inférieure à la moyenne de l'UE, tandis que la densité de personnel infirmier est légèrement supérieure**



*Remarque : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Les données sur les infirmiers incluent toutes les catégories d'infirmiers (et pas seulement celles qui répondent à la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles). Au Portugal et en Grèce, les données se réfèrent à tous les médecins autorisés à exercer, ce qui entraîne une forte surestimation du nombre de médecins en activité. En Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé, car il ne comprend que ceux qui travaillent dans les hôpitaux.*

Source : OCDE data explorer (DF\_PHYS, DF\_NURSE). Les données se réfèrent à 2023 ou à l'année la plus proche.

## 5.1 Efficacité

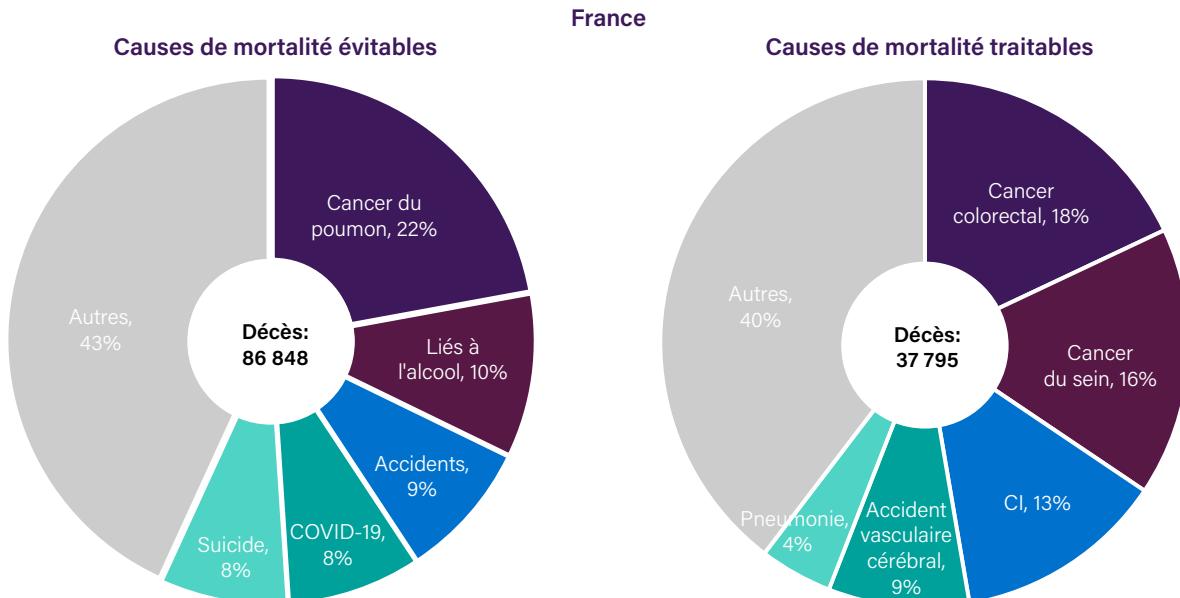
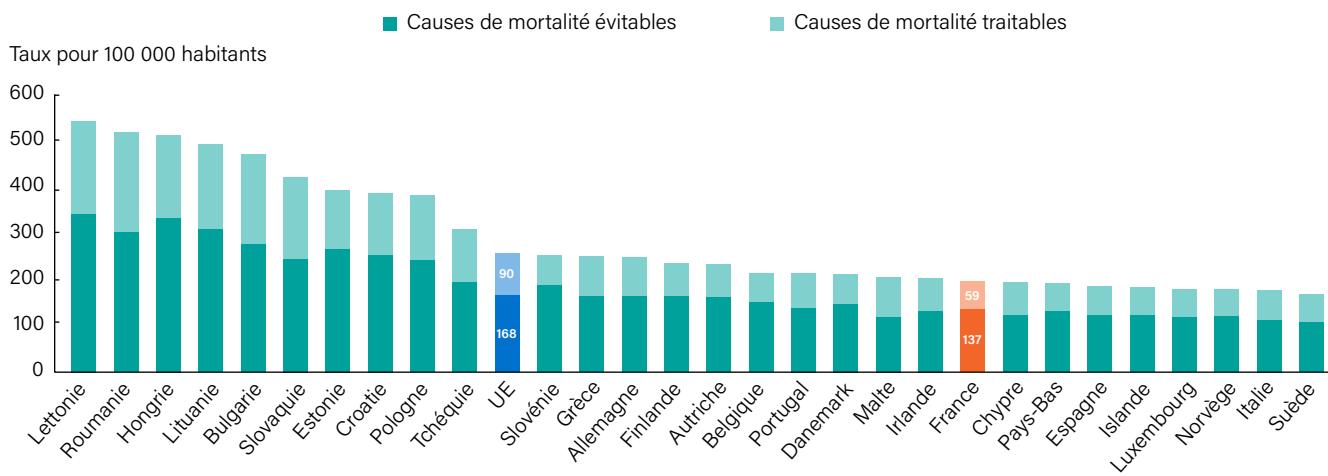
### La France obtient de bons résultats en matière de causes de mortalité évitables par la prévention ou le traitement

Les taux de causes de mortalité évitables en France figuraient parmi les plus bas de l'UE en 2022 et étaient bien inférieurs à la moyenne de l'UE (graphique 11). La France obtient des résultats particulièrement bons en ce qui concerne les causes de mortalité traitables, ce qui témoigne de l'efficacité de son

système de santé pour les affections aiguës. Les causes de mortalité évitables par la prévention sont également inférieures à la moyenne de l'UE, bien qu'elles soient plus élevées qu'en Norvège, en Suède et en Italie. Les principales causes de mortalité évitables par la prévention sont le cancer du poumon (principalement dû au tabagisme), les maladies liées à l'alcool et les accidents.

La France a mis en place en 2024 un programme de dépistage préventif visant à réduire les facteurs de risque et les maladies évitables. Des consultations préventives complètes et gratuites sont proposées à quatre étapes

**Graphique 11. En 2022, la France affichait des taux de mortalité évitable inférieurs à ceux de la plupart des pays de l'UE**



Remarque : la mortalité évitable par la prévention est définie comme les décès qui peuvent être principalement évités grâce à des interventions de santé publique et de prévention primaire. La mortalité traitable est définie comme les décès qui peuvent être principalement évités grâce à des interventions de soins de santé, notamment le dépistage et le traitement. Ces deux indicateurs font référence à la mortalité prématurée (avant 75 ans). Les listes attribuent la moitié de tous les décès dus à certaines maladies (par exemple, les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et l'hypertension) à la liste des décès évitables par la prévention et l'autre moitié à des causes traitables, de sorte qu'il n'y a pas de double comptage d'un même décès.

Source : Eurostat (hlth\_cd\_apr) (données se rapportant à 2022).

de la vie (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans) afin d'évaluer les facteurs liés au mode de vie, d'identifier les risques pour la santé et d'élaborer des plans de prévention personnalisés.

### Une série de mesures ont été prises pour réduire le tabagisme

Depuis 2014, la France a mis en œuvre des plans nationaux pour réduire la consommation de tabac, afin de dissuader les jeunes de fumer et d'aider les fumeurs réguliers à arrêter. Ces objectifs ont été renforcés par le Programme national de lutte contre le tabagisme pour la période 2023-2027. Depuis 2023, le prix des produits du tabac est indexé sur l'inflation et le programme en cours prévoit de nouvelles augmentations du prix des paquets de cigarettes, afin qu'ils atteignent 13 euros d'ici 2027. Il est également prévu de mettre en place un emballage neutre pour tous les produits du tabac et de vapotage. Depuis 2025, il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement des cigarettes électroniques jetables, appelées « puffs ». La France a également mis en œuvre de nombreuses autres politiques au cours de la dernière décennie, comme une meilleure couverture des substituts nicotiniques depuis 2018, une campagne publique #MoisSansTabac ou encore la création d'une application pour aider les fumeurs à arrêter. À partir de juillet 2025, l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été étendue aux plages, aux parcs et aux abords des écoles.

### L'étiquette nutritionnelle française a été adoptée dans six pays européens avec une formule actualisée

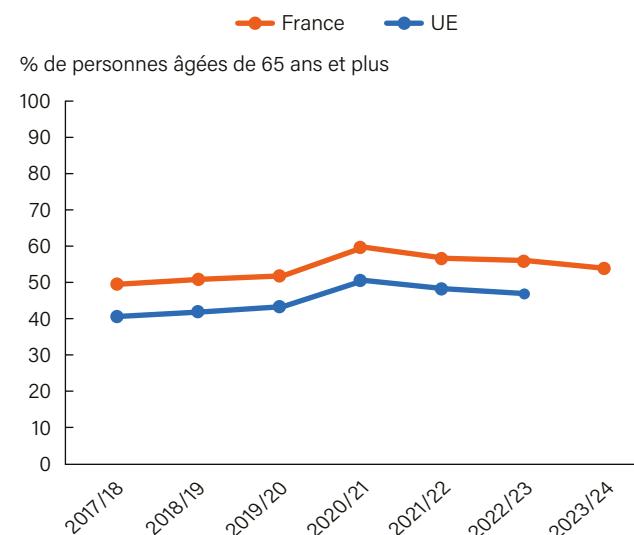


En 2017, Santé publique France a créé le label alimentaire « Nutri-Score », non obligatoire, afin de fournir des informations claires sur la qualité nutritionnelle et d'encourager une alimentation plus saine. En 2022, les marques ayant adopté ce label représentaient 58 % des volumes de vente en France (Santé publique France, 2024). En 2021, la France et six autres pays européens (la Belgique, l'Allemagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suisse) ont mis au point un système Nutri-Score unifié. Une méthode de calcul révisée a été mise en œuvre en 2025 pour intégrer les avancées scientifiques et répondre aux besoins de tous les pays participants.

### La couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes âgées est supérieure aux niveaux d'avant la pandémie

La pandémie a mis en évidence la nécessité de renforcer la vaccination contre la grippe afin de soulager la pression sur les hôpitaux. Les campagnes publiques ciblant les groupes à risque, en particulier les personnes âgées, ont entraîné une forte augmentation de la couverture vaccinale lors de la campagne de vaccination 2020-2021 en France, comme dans de nombreux autres pays de l'UE (graphique 12). Bien que celle-ci ait diminué depuis, elle reste supérieure aux niveaux d'avant la pandémie (54 % des personnes de 65 ans et plus ont été vaccinées en 2023/2024, contre environ 50 % en

**Graphique 12. La couverture vaccinale contre la grippe a augmenté en France, mais reste inférieure à l'objectif de 75 % fixé par l'OMS**



Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée (calculée par Eurostat).

Sources : OCDE data explorer (DF\_KEY\_INDIC) et Eurostat (hlth\_ps\_immu).

2019/20), mais elle est toujours bien inférieure à l'objectif de 75 % fixé par l'OMS.

### La plupart des Français atteints de maladies chroniques font état d'expériences positives en matière de soins de santé

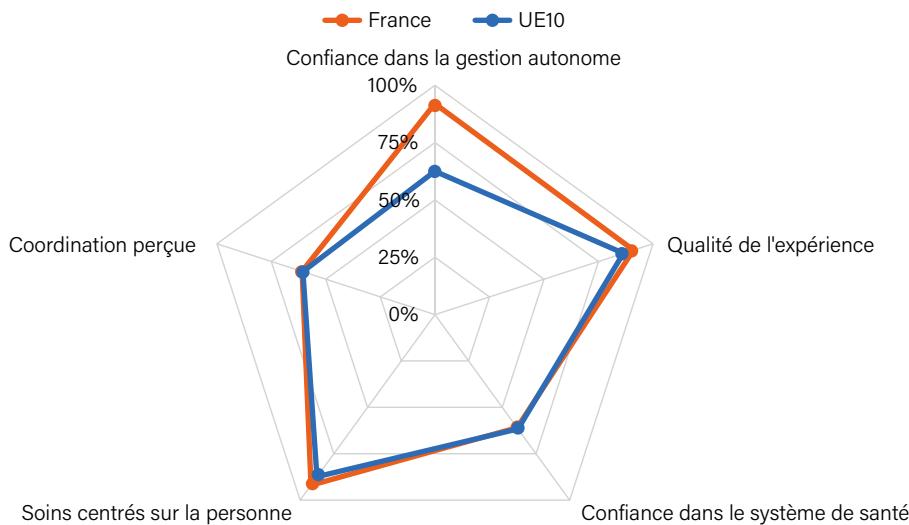
En 2022, environ 20 % de la population française souffrait d'une maladie chronique reconnue dans le cadre du régime d'assurance maladie de longue durée, avec une augmentation annuelle de 2,8 % des cas depuis 2005, principalement due au vieillissement de la population (Assurance Maladie, 2024).

Selon les résultats de l'enquête PaRIS de l'OCDE, la plupart des personnes atteintes de maladies chroniques en France ont une expérience positive de leur système de santé (OECD, 2025a). La grande majorité d'entre elles (92 %) se sentent capables de gérer leur propre santé, ce qui est nettement supérieur à la moyenne de 63 % des 10 pays de l'UE ayant participé à cette enquête. Plus de 90 % d'entre elles ont également déclaré bénéficier de soins centrés sur la personne et de qualité. Cependant, la proportion de personnes atteintes de maladies chroniques déclarant bénéficier d'une bonne coordination des soins et avoir confiance dans leur système de santé était plus faible (environ 60 %), comme c'est également le cas dans d'autres pays (graphique 13).

### La stratégie nationale contre le cancer 2021-2030 vise à renforcer la prévention et la prise en charge du cancer

Lancé en 2021, le Plan national contre le cancer 2021-2030 s'aligne sur le plan européen « Vaincre le cancer » et vise à réduire de 50 000 par an le nombre de décès évitables liés au cancer grâce à l'amélioration de la prévention, du diagnostic précoce, de la qualité de vie des patients, des taux de survie et de l'accès équitable aux soins.

**Graphique 13. La grande majorité des Français atteints de maladies chroniques décrivent leurs expériences en matière de soins de santé de manière positive**



Remarque : les valeurs correspondent au pourcentage de personnes déclarant avoir eu des expériences positives.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE (données se référant à 2023-2024).

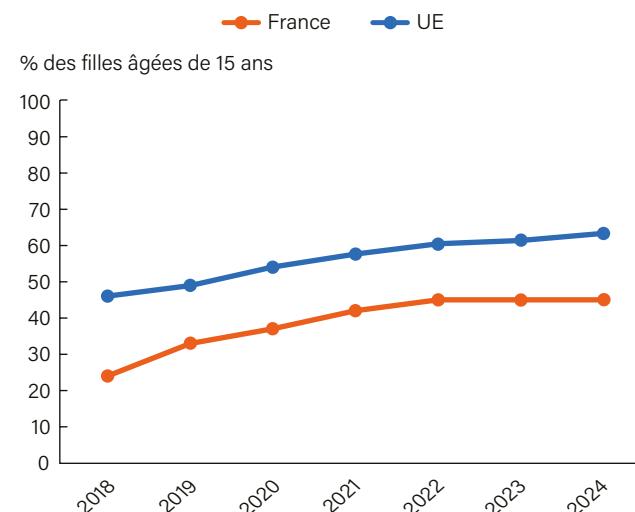
Ce plan est soutenu par un budget de 1,74 milliard d'euros, soit une augmentation de 20 % par rapport au plan précédent. En janvier 2025, plus de 90 % des 237 actions prévues avaient été lancées, dont 52 avaient été achevées. Parmi les principales réalisations, on compte l'accréditation de deux réseaux de recherche en matière de prévention primaire, la structuration d'un consortium européen de recherche sur le maintien dans l'emploi et le retour au travail des patients atteints de cancer, l'élaboration d'un cadre de référence pour les soins de soutien, ainsi qu'un appel à projets ciblant les cancers à mauvais pronostic. Une feuille de route pour la période 2026-2030 sera élaborée en 2025 afin de poursuivre la mise en œuvre des objectifs à long terme du plan.

#### La France a lancé sa première campagne de vaccination contre le papillomavirus humain dans les écoles en 2023

Les infections par le papillomavirus humain (HPV) peuvent provoquer des cancers du col de l'utérus, de la tête, du cou et de l'anus. Chez les filles de 15 ans en France, la couverture vaccinale complète contre le HPV (deux doses) est passée de 24 % en 2018 à 45 % en 2024, mais elle reste bien inférieure à la moyenne de l'UE, qui est de 63 % (graphique 14). Chez les garçons de 16 ans, elle est passée de 9 % en 2022 à 16 % en 2023. Des progrès supplémentaires seront nécessaires pour atteindre l'objectif de 80 % d'ici 2030, fixé dans le plan national de lutte contre le cancer 2021-2030.

Afin d'augmenter la couverture, la France a lancé en 2023 sa première campagne de vaccination contre le HPV en milieu scolaire, ciblant les enfants nés en 2011. Au sein de cette cohorte, la couverture d'au moins une dose est ainsi passée de 26 % à 48 % chez les garçons et de 38 % à 62 % chez les filles entre septembre 2023 et juin 2024. La couverture complète (deux doses) a atteint 30 % pour les garçons et 38 % pour les filles en juin 2024 (Santé publique France, 2025).

**Graphique 14. La couverture vaccinale contre le HPV chez les filles de 15 ans a augmenté en France, mais reste bien inférieure à la moyenne de l'UE**



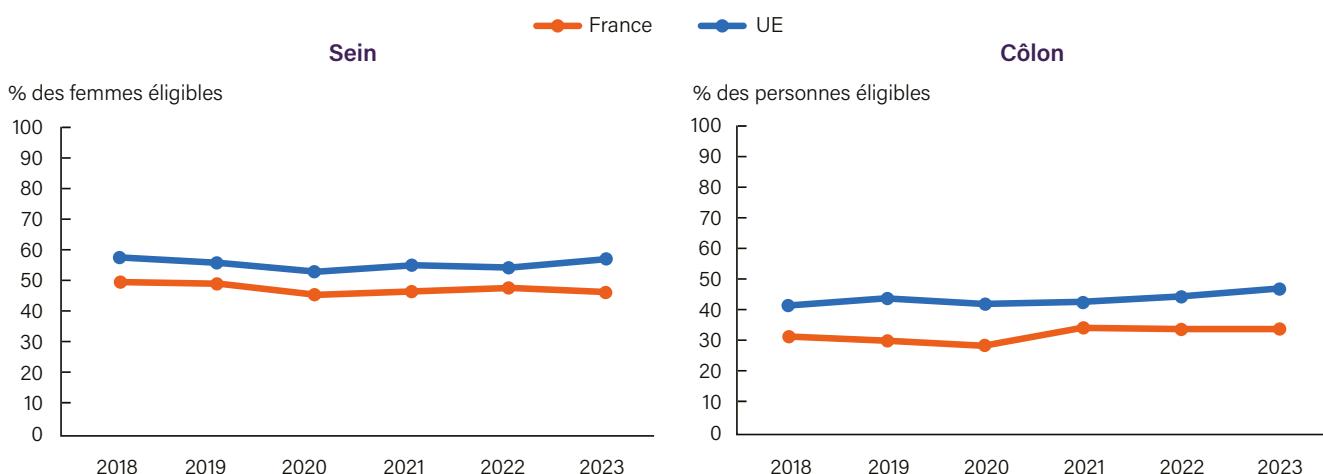
Remarque : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : OMS/UNICEF.

#### Les taux de dépistage du cancer sont inférieurs aux moyennes de l'UE, mais des changements récents visent à les augmenter

La France a mis en place un dépistage systématique du cancer du sein en 2004 et du cancer colorectal en 2008, mais le taux de participation à ces programmes reste inférieur à la moyenne de 22 pays de l'UE pour lesquels des données sont disponibles. En 2023, le taux de dépistage du cancer du sein était de 47 % en France, contre 58 % en moyenne, et celui du cancer colorectal était de 34 %, contre 48 % en moyenne (graphique 15).

## Graphique 15. Le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal en France est resté inférieur aux moyennes de l'UE



Remarques : les données relatives au programme de dépistage du cancer colorectal sont basées sur des programmes nationaux qui peuvent varier en termes de tranche d'âge et de fréquence. La moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Sources : OCDE data explorer (DF\_KEY\_INDIC) et base de données Eurostat (hlth\_ps\_prev).

En 2024, la supervision du dépistage a été transférée de la compétence des centres régionaux à celle de la Caisse nationale d'assurance maladie, dans le but d'encourager une participation plus importante. Cette dernière dispose en effet d'une expertise dans la gestion de bases de données complexes et la prise de contact avec les groupes les plus vulnérables. Elle a lancé des campagnes de sensibilisation ciblant ces groupes, notamment grâce à plus de 100 conseillers téléphoniques. Par ailleurs, les médecins généralistes peuvent désormais suivre la participation de leurs patients au dépistage directement dans les dossiers médicaux électroniques, ce qui leur permet d'assurer un suivi plus proactif.

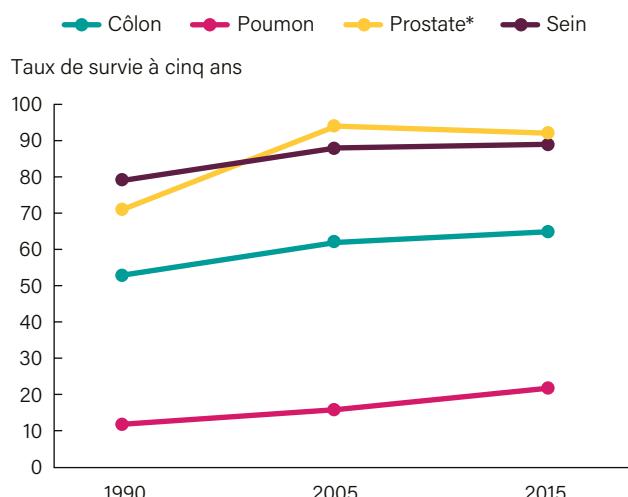
### Les taux de survie au cancer ont significativement augmenté en France

La qualité des soins contre le cancer s'est significativement améliorée en France ces dernières décennies, les taux de survie à cinq ans ayant augmenté pour la plupart des types de cancer. Le taux de survie au cancer colorectal est ainsi passé de 53 % en 1990 à 65 % en 2015, celui du cancer de la prostate de 71 % à 92 %, et celui du cancer du sein de 79 % à 89 %. La plupart de ces progrès ont été réalisés entre 1990 et 2005. La survie au cancer du poumon a également augmenté, mais elle est restée faible, à 22 % en 2015 (graphique 16).

### Les soins palliatifs se sont également améliorés et un débat est en cours sur l'aide en fin de vie

Depuis la fin des années 1990, la France a mis en œuvre cinq plans visant à renforcer les soins palliatifs. Ces efforts ont permis de multiplier par plus de deux le nombre de lits, qui est ainsi passé de 3 340 en 2006 à 7 540 en 2021. Le nombre d'unités de soins palliatifs est également passé de moins de 100 à 174, et celui des équipes mobiles, de 288 à 428. Cependant, en 2021, environ un cinquième des collectivités locales ne disposaient toujours pas d'unités de soins palliatifs dédiées, et les services demeuraient hospitaliers. À la suite de la Convention citoyenne sur les soins de fin de vie, qui s'est

## Graphique 16. Les taux de survie à cinq ans pour les cancers courants ont augmenté entre 1990 et 2015



Source : Coureau et al. (2021).

tenue en 2022-2023, la France a lancé, pour la période 2024-2034, un plan de soins palliatifs visant à étendre les soins hors hôpital à 250 000 personnes supplémentaires, ce qui portera le budget de 1,6 milliard d'euros en 2023 à 2,7 milliards d'euros en 2034.

La Convention citoyenne a également appelé à la mise en place d'options d'aide au suicide et d'euthanasie. En mai 2025, le Parlement a adopté un projet de loi sur l'aide en fin de vie qui, s'il est adopté par le Sénat, permettra aux adultes éligibles atteints de maladies incurables dont l'espérance de vie est courte ou moyenne et qui souffrent de manière irrémédiable, de recevoir une substance létale, auto-administrée ou administrée par un tiers (médecin, infirmier, proche). La législation comprend une clause de conscience pour les professionnels de santé.

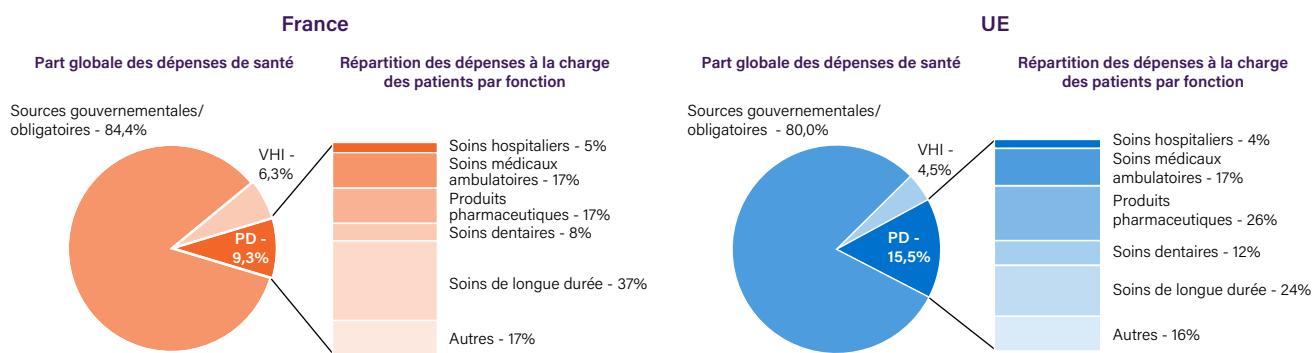
## 5.2 Accessibilité

### La France affiche l'un des taux les plus bas de dépenses de santé à la charge des patients dans l'UE

La France affiche l'un des taux les plus faibles de dépenses de santé à la charge des patients parmi tous les pays de l'UE (9,3 % contre une moyenne de 15,5 % dans l'UE) (graphique 17). La plupart de la population dispose d'une assurance maladie complémentaire privée pour couvrir le

partage des coûts (section 4). Les régimes publics destinés aux personnes atteintes d'une maladie chronique reconnue couvrent tous les frais de santé liés à ces maladies. La majeure partie des dépenses à la charge des patients est consacrée aux soins de longue durée (37 %). Selon les assureurs, environ 7,4 millions de Français ont souscrit une assurance dépendance privée pour eux-mêmes ou leurs proches (France Assureurs, 2022), mais cela n'empêche pas la plupart des personnes de faire face à des dépenses importantes.

**Graphique 17. La couverture élevée des assurances publiques et privées limite les dépenses de santé à la charge des patients**



Remarque: l'assurance maladie complémentaire comprend également d'autres régimes de prépaiement facultatifs. La moyenne de l'UE est pondérée.  
Source: OCDE data explorer (DF\_SHA). Données relatives à 2023.

### Les besoins de soins médicaux et dentaires non satisfaits sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE, avec des taux plus élevés parmi les personnes exposées au risque de pauvreté

Environ 4,5 % des adultes français ayant déclaré avoir des besoins médicaux ont indiqué que ceux-ci n'avaient pas été satisfaits en raison du coût, de la distance à parcourir ou des délais d'attente en 2024, soit une proportion légèrement supérieure à la moyenne de l'UE, selon l'enquête EU-SILC. Les personnes exposées au risque de pauvreté ont déclaré avoir des besoins non satisfaits plus élevés (6,5 %), principalement parce qu'elles percevaient les soins médicaux comme étant trop coûteux (graphique 18).

Les besoins non satisfaits sont plus importants pour les services moins bien couverts par l'assurance maladie obligatoire, comme les appareils auditifs, les aides visuelles et les soins dentaires. Environ 8,2 % des Français ont déclaré avoir des besoins en soins dentaires non satisfaits en 2024, ce pourcentage atteignant 13,7 % chez les personnes exposées au risque de pauvreté, principalement pour des raisons financières.

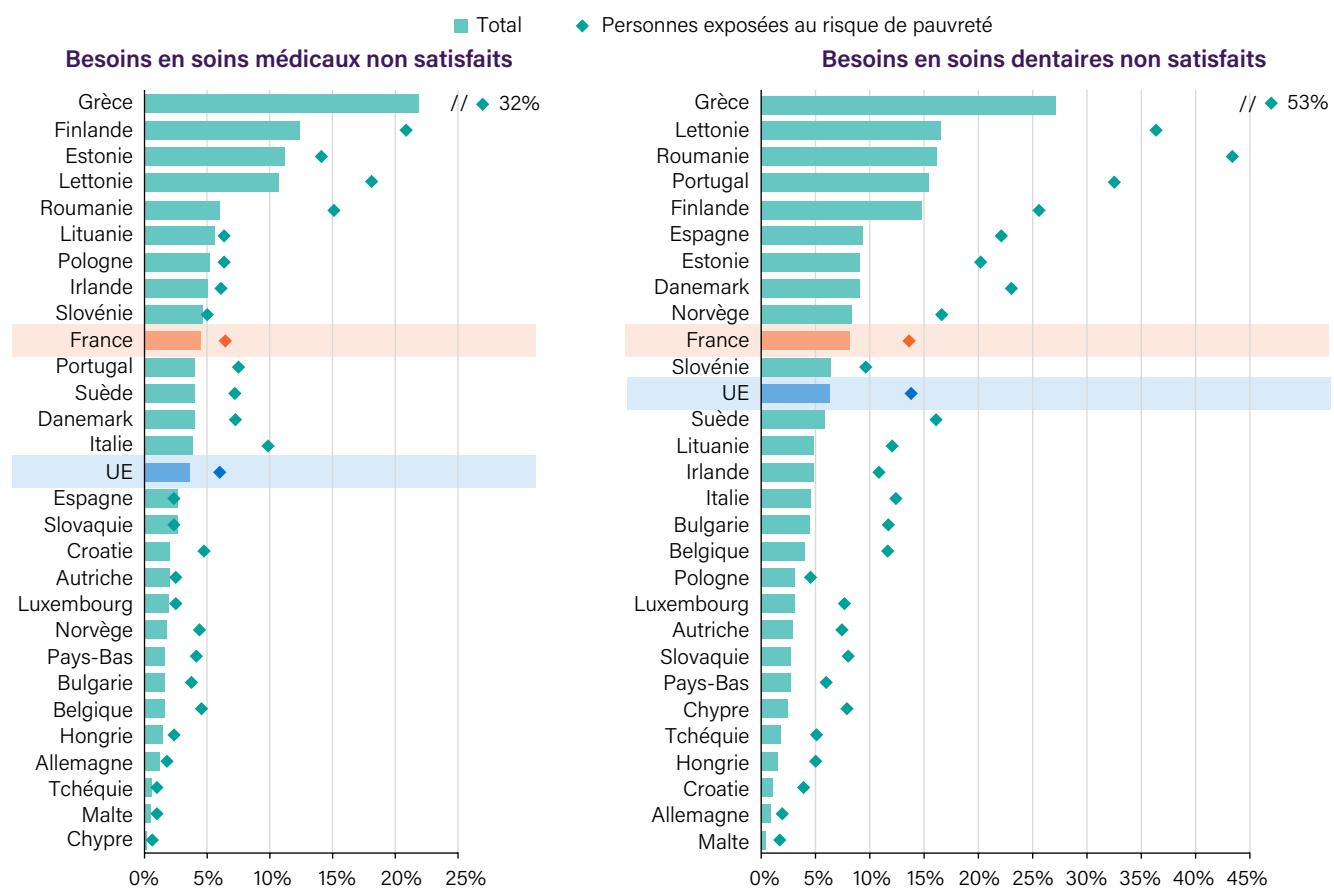
Depuis 2021, tout patient ayant souscrit une assurance maladie complémentaire peut bénéficier d'un ensemble de prestations de base couvrant 100 % des coûts des soins ophtalmologiques, des aides auditives et des soins dentaires, sans aucun reste à charge. Si cet ensemble de prestations couvre certains soins de base et implants, certains soins de routine et certaines interventions prothétiques esthétiques ne sont pas inclus.

### Les disparités de densité de médecins généralistes entre les régions sont importantes

Comme indiqué, si le nombre total de médecins pour 1 000 habitants est resté stable en France au cours de la dernière décennie, sa composition a changé : le nombre de spécialistes a augmenté, tandis que celui des généralistes a diminué. Compte tenu de la croissance démographique, la densité de médecins généralistes a diminué de 5 % entre 2013 et 2023. Cette baisse a été observée dans la plupart des régions, mais elle a été plus marquée dans certaines d'entre elles, notamment dans les zones rurales et dans les environs de Paris (graphique 19). En revanche, la densité de spécialistes a augmenté, au moins légèrement, dans la plupart des régions.

En France, l'accès aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé primaires reste inégal : en 2018, environ 6 % de la population vivait dans des zones où l'accès aux médecins généralistes était potentiellement limité, et 20 % rencontraient au moins une difficulté pour accéder à un professionnel de santé, tel qu'un médecin généraliste, un infirmier ou un kinésithérapeute. Les programmes d'incitation publics ciblent désormais une grande majorité de la population : les zones éligibles à un soutien financier ou professionnel pour attirer des médecins indépendants couvrent 30 % de la population (zones d'intervention prioritaire) et 42 % supplémentaires (zones d'action complémentaire), soit au total 72 % des résidents français (DREES, 2020 ; Cour des comptes, 2024). Le choix du lieu d'exercice des médecins généralistes est principalement influencé par leur origine personnelle et géographique,

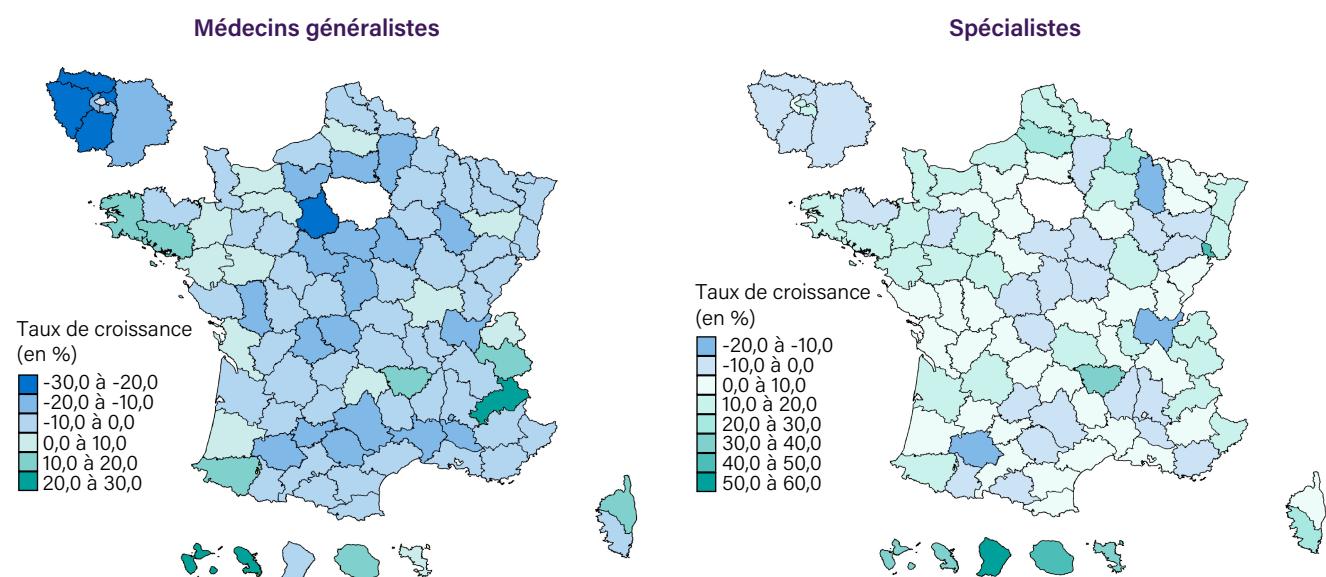
**Graphique 18. Les besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits en France sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE et plus élevés chez les personnes exposées au risque de pauvreté**



Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée. Les données ne concernent que les personnes ayant déclaré avoir des besoins en matière de soins médicaux ou dentaires. Les personnes exposées au risque de pauvreté sont définies comme celles dont le revenu disponible équivalent est inférieur à 60 % du revenu disponible médian national.

Source : base de données Eurostat (hlth\_silc\_08b et hlth\_silc\_09b). Les données se réfèrent à 2024.

**Graphique 19. La densité des médecins généralistes a diminué dans presque toutes les régions de France entre 2013 et 2023**



Source : Ministère des Solidarités (2024), Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Maladie, <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html>

leurs préférences en matière de mode de vie (notamment la proximité des écoles et des lieux de travail), ainsi que par l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les incitations financières jouent un rôle relativement mineur dans cette décision.

Au cours des 15 dernières années, diverses initiatives ont été déployées pour relever le défi des « déserts médicaux ». Il s'agit notamment d'allocations mensuelles pour les étudiants et les internes qui s'engagent à exercer dans des zones mal desservies, de financements de démarrage pour les nouveaux cabinets et d'incitations fiscales. Depuis 2007, l'approche phare consiste à créer des centres de santé regroupant des médecins généralistes et d'autres prestataires de soins primaires sur un même site. Fin 2022, près de 3 000 centres de ce type étaient en activité (Fédération Française des Centres de Santé, 2024).

Le gouvernement a également augmenté les capacités de formation, avec une hausse de 20 % du nombre d'étudiants en médecine depuis 2021, et 40 % de l'ensemble des stages postuniversitaires sont désormais réservés à la médecine générale. Depuis 2023, les étudiants en médecine générale doivent suivre une année supplémentaire de formation postuniversitaire en soins ambulatoires, notamment dans les zones mal desservies.

En mai 2025, le Parlement a adopté une loi visant à restreindre les lieux d'exercice des nouveaux médecins dans les zones bien desservies. Cette loi autorise les nouveaux médecins généralistes à s'y installer uniquement pour remplacer leurs collègues partant à la retraite. Si elle est approuvée par le Sénat, cette mesure alignerait les règles relatives à l'emplacement des médecins sur celles déjà en vigueur pour d'autres professionnels de santé. En avril 2025, le gouvernement a proposé que les médecins en exercice consacrent jusqu'à deux jours par mois à des consultations dans les zones mal desservies, mais cette mesure n'a pas encore été adoptée (ministère chargé de la Santé, 2025). Ces récentes propositions politiques illustrent le débat en cours sur la combinaison la plus efficace de mesures incitatives et de réglementations pour remédier aux inégalités persistantes dans l'accès aux soins primaires.

### **Le partage des tâches entre les médecins et les autres professionnels de santé a été encouragé**

La France encourage l'accès aux soins primaires par le biais de communautés de professionnels de santé. Ces communautés ont pour objectif de coordonner les professionnels de santé ambulatoires sur un territoire donné. En 2024, 567 d'entre elles étaient opérationnelles ou en cours de préparation, contre 60 en 2020 (Fédération nationale des communautés professionnelles de santé, 2024). En 2025, le rôle des infirmiers de pratique avancée (IPA), introduit en 2018, a été élargi pour mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques ou complexes. Les patients peuvent désormais consulter directement des IPA salariées dans les établissements de soins de santé, de soins de longue durée ou de soins coordonnés, sans recommandation médicale. Les IPA indépendants doivent toutefois continuer à travailler avec des médecins. Leur droit de prescription a

été élargi pour inclure certains médicaments et dispositifs médicaux utilisés pour la première fois. En 2024, environ 3 000 IPA avaient obtenu leur diplôme, mais beaucoup ont éprouvé des difficultés à trouver un emploi dans des fonctions avancées.

Un nouveau poste d'assistant médical a par ailleurs été créé en 2019 pour prendre en charge les tâches non médicales traditionnellement effectuées par les médecins généralistes. En 2024, on dénombrait environ 7 000 assistants médicaux, dont 57 % exerçaient dans des zones mal desservies. Quatre ans après avoir commencé à employer un assistant médical, le nombre de patients par médecin avait augmenté en moyenne de 258, contre 85 pour ceux qui n'en avaient pas (Assurance Maladie, 2025a). Le gouvernement vise à atteindre 15 000 assistants médicaux d'ici 2028. Depuis 2016, le rôle des sages-femmes s'est par ailleurs progressivement élargi pour inclure les soins gynécologiques préventifs et la vaccination. Depuis 2024, les pharmaciens peuvent également vacciner, dépister et traiter les maux de gorge et les cystites simples sans prescription médicale, ainsi que distribuer des kits de dépistage du cancer colorectal. Depuis 2023, les pharmaciens hospitaliers peuvent réviser et renouveler de manière autonome les ordonnances des patients hospitalisés.

## **5.3 Résilience**

La résilience du système de santé, c'est-à-dire sa capacité à se préparer, à gérer (absorber, s'adapter et se transformer) et à tirer les leçons des chocs et des changements structurels, est devenue un élément central des programmes politiques. Les principales priorités consistent à alléger la pression sur la prestation de services, à renforcer les infrastructures de santé et les capacités du personnel, à adapter les stratégies de préparation aux crises, à soutenir l'innovation numérique et à garantir la viabilité à long terme.

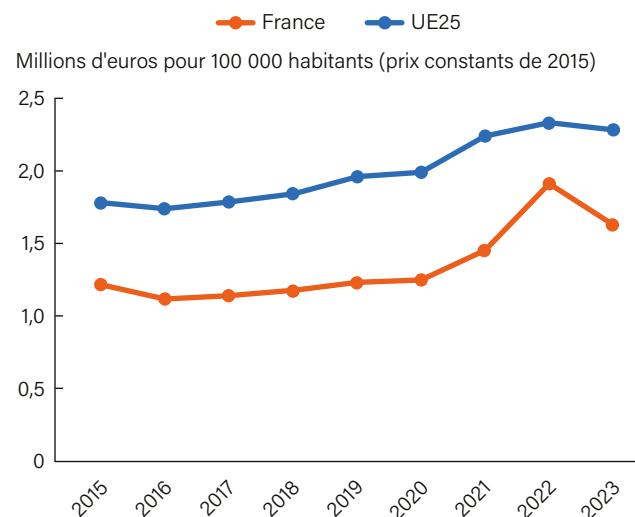
### **Le système de santé français réalise des progrès importants dans sa transformation numérique**

La pandémie a mis en évidence la nécessité d'accélérer la numérisation du système de santé français pour améliorer la réponse aux crises et l'utilisation des données. L'année précédant la pandémie, le ministère de la Santé a lancé la feuille de route numérique ambitieuse « Ma Santé 2022 », axée sur l'amélioration de la gouvernance, de la sécurité, de l'interopérabilité, des services numériques et des innovations des données. Une nouvelle Agence de la santé numérique a été créée en 2019 pour superviser sa mise en œuvre. Le système d'identité nationale de santé, qui attribue un identifiant unique à chaque individu, est devenu obligatoire en 2021. Les ordonnances électroniques ont été déployées en 2022 et représentaient 30 % de l'ensemble des ordonnances en 2023 (Cour des comptes, 2025).

Lancé en 2022, l'espace santé électronique individuel (« Mon espace santé ») enregistre les informations issues des consultations et des prescriptions des médecins, les résultats d'imagerie et de biologie, les vaccinations et les informations de sortie d'hôpital, et les partage entre chaque patient et les professionnels de santé. La plupart des hôpitaux

ont désormais mis à jour ou amélioré leurs logiciels pour y accéder. À l'été 2025, 20 millions de personnes (près de 40 % de la population adulte) y avaient déjà accédé au moins une fois, contre 9 millions en 2023 et 14 millions en 2024 (Assurance Maladie, 2025b). Les investissements dans les technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé ont considérablement augmenté depuis 2020, mais restent inférieurs à la moyenne des 25 pays pour lesquels des données sont disponibles (graphique 20).

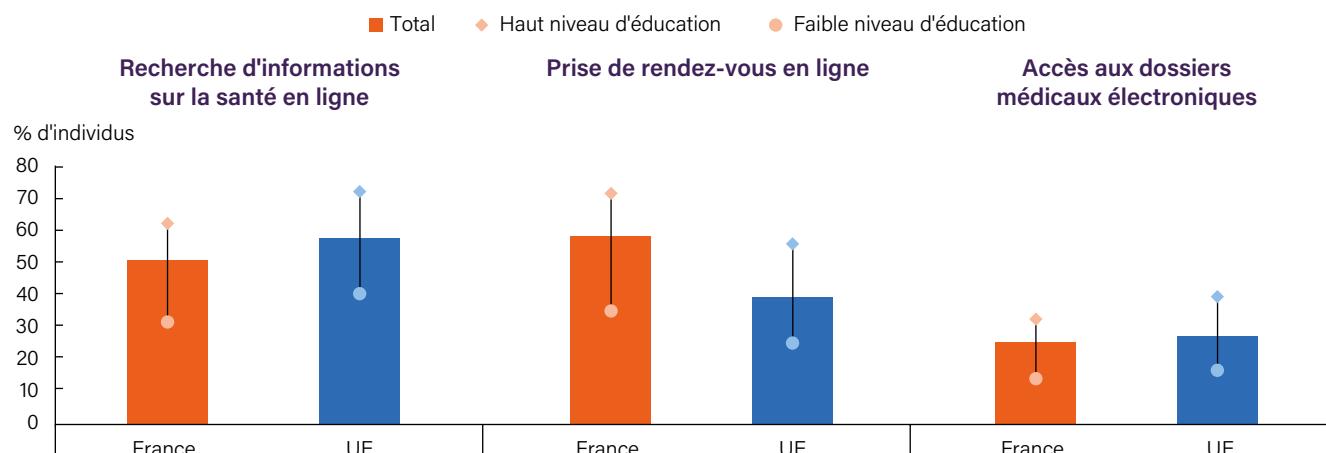
**Graphique 20. Les investissements par habitant dans les technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé ont augmenté de 30 % entre 2020 et 2023, mais restent inférieurs à la moyenne de l'UE**



Remarque : les valeurs se réfèrent aux dépenses brutes et comprennent les équipements TIC, les logiciels informatiques et les bases de données. Les données se réfèrent aux activités liées à la santé humaine et au travail social (Q).

Source : base de données Eurostat (nama\_10\_a64\_p5).

**Graphique 21. Il existe de grandes inégalités dans l'utilisation de la santé numérique selon le niveau d'éducation**



Remarque : le faible niveau d'éducation est défini comme la population n'ayant pas dépassé le niveau secondaire inférieur (niveaux CITE 0-2), tandis que le niveau d'éducation élevé correspond à la population ayant suivi des études supérieures (niveaux CITE 5-8).

Source : base de données Eurostat (isoc\_ci\_ac\_i). Données relatives à 2024.

Les nouveaux outils d'intelligence artificielle (IA) offrent également la possibilité d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé. En 2025, le ministère de la Santé a publié un inventaire présentant les activités relatives à la prévention, à la gestion des soins, à l'accès aux soins et aux infrastructures, en prévision d'une feuille de route nationale sur l'IA.

L'utilisation des outils numériques de santé est en hausse dans la population française, mais elle varie en fonction du statut socio-économique. Comme dans d'autres pays, les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont moins nombreuses à utiliser les outils de santé en ligne que celles ayant un niveau d'éducation plus élevé (graphique 21). De même, l'utilisation est moins fréquente chez les personnes de plus de 65 ans que chez les jeunes adultes.

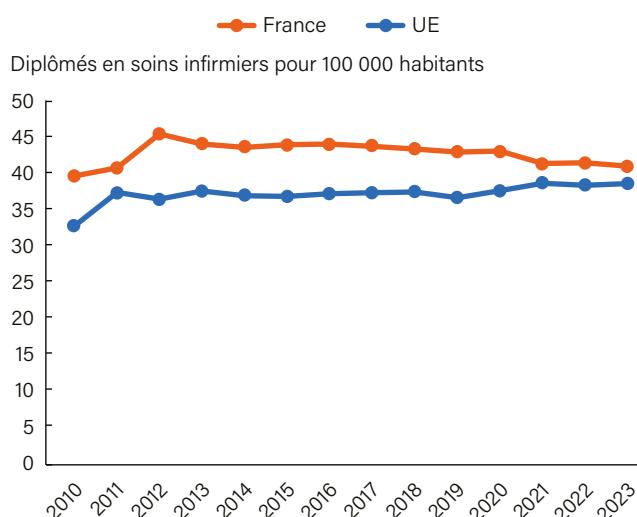
### Le nombre de cabines de téléconsultation est en augmentation

Depuis la pandémie, les cabines de téléconsultation se sont développées dans les pharmacies françaises afin d'améliorer l'accès aux téléconsultations avec des médecins. En 2022, 2 000 pharmacies proposaient déjà un tel service, et 1 200 pharmacies supplémentaires ont installé des cabines de téléconsultation en 2023 (Haute Autorité de Santé, 2024). Équipées d'appareils médicaux connectés, ces cabines permettent de consulter un médecin à distance. Les téléconsultations sont remboursées comme les consultations en personne et les médecins indépendants peuvent effectuer jusqu'à 20 % de leur activité à distance.

### Les récentes mesures politiques visant à remédier à la pénurie du personnel infirmier ciblent la formation et la rétention

La pénurie d'infirmiers dans les hôpitaux est devenue un problème critique pendant la pandémie en France et reste un défi majeur dans un contexte de vieillissement de la population. Selon les dernières projections du ministère de

## Graphique 22. Le nombre de diplômés en soins infirmiers par habitant en France a légèrement diminué ces dernières années



Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée (calculé par l'OCDE).  
Source: OCDE data explorer (DF\_GRAD).

la Santé, les besoins en soins infirmiers devraient augmenter de 50 % entre 2021 et 2050 en raison des changements démographiques, tandis que le nombre d'infirmiers ne devrait augmenter que de 37 % dans le cadre des politiques actuelles, ce qui créerait un déficit de 80 000 infirmiers d'ici 2050 pour maintenir la couverture des soins actuelle.

Ce déficit est aggravé par l'augmentation du taux d'abandon des études, qui a entraîné une baisse du nombre de diplômés en soins infirmiers ces dernières années (graphique 22). Les admissions dans les programmes de soins infirmiers sont passées d'environ 31 000 par an entre 2010 et 2019 à 36 000 en 2022 et 38 000 en 2025. Cependant, le taux d'abandon scolaire a presque doublé, passant d'environ 11 % dans les années 2010 à 20 % en 2022.

Pour pallier la pénurie prévue d'infirmiers, il faudrait soit augmenter encore de 14 % le nombre d'admissions, soit réduire de moitié le taux d'abandon scolaire (DREES, 2024b).

La rétention du personnel infirmier dans les hôpitaux est également problématique : seuls 50 % des infirmiers ayant commencé à travailler à l'hôpital à la fin des années 2000 y travaillaient encore dix ans plus tard. Certains se sont tournés vers le travail indépendant en dehors des hôpitaux (10 %), mais beaucoup ont complètement quitté le marché du travail (DREES, 2023). Pour améliorer l'attractivité et la rétention des infirmiers, une loi adoptée en mai 2025 redéfinit et élargit leurs rôles, en introduisant la « consultation infirmière » et le « diagnostic infirmier ». Il s'agit du premier élargissement des rôles infirmiers depuis plus de 20 ans. La loi définit les fonctions essentielles des infirmiers dans les domaines des soins curatifs et palliatifs, de la gestion du parcours des patients, de la prévention et du dépistage. Le principe du ratio infirmier/patient obligatoire a également été introduit en 2025, afin d'améliorer la sécurité des patients hospitalisés et le bien-

être des infirmiers. Sa mise en œuvre est prévue pour 2027. Le non-respect des nouveaux ratios de personnel ne devrait pas entraîner de fermeture de lits.

## L'augmentation des dépenses publiques de santé constituera un défi dans les années à venir

Remédier à la pénurie de main-d'œuvre et moderniser le système de santé français nécessiteront un financement public supplémentaire substantiel, ce qui représente un défi de taille compte tenu des pressions économiques et budgétaires persistantes. La viabilité financière du système de santé est déjà mise à rude épreuve : le déficit cumulé des trois branches de la sécurité sociale qui financent les soins de santé (maladie, santé au travail et soins de longue durée) devrait presque doubler, passant de 11,8 milliards d'euros en 2024 à 20,1 milliards d'euros en 2028. Les pressions démographiques sont un facteur clé, le vieillissement de la population devant à lui seul ajouter environ 2,8 milliards d'euros par an aux coûts des soins de santé entre 2023 et 2030. Les dépenses en médicaments contre le cancer devraient presque tripler, passant de 2,4 milliards d'euros en 2022 à 7,0 milliards d'euros d'ici 2028 (Cour des comptes, 2025). En réponse à cette situation, la Cour des comptes a identifié 15 domaines dans lesquels des économies pourraient être réalisées, notamment : la négociation de prix plus bas pour les produits pharmaceutiques et l'augmentation de l'utilisation des génériques et des biosimilaires (économies estimées : 5,3 milliards d'euros) ; le contrôle des augmentations salariales et tarifaires (3 milliards d'euros) ; la réduction des prescriptions et des procédures inutiles (2,8 milliards d'euros) ; et le renforcement des contrôles antifraude (1,5 milliard d'euros). À court terme, certains programmes de financement de l'UE soutiennent les investissements dans le système de santé (encadré 1).

À l'avenir, la France sera confrontée à un double défi : des pressions à la hausse sur les dépenses de santé et une croissance modeste du PIB. Selon le scénario de référence des dernières projections de l'OCDE, les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB devraient passer de 9,5 % du PIB en 2023 à 11,5 % en 2045 (OECD, 2025b). Les projections du rapport 2024 de la Commission Européenne sur le vieillissement montrent une croissance plus modeste des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB d'ici 2070, mais celle-ci s'accompagnerait d'une augmentation plus forte des dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée (European Commission, 2024).

## La résistance aux antimicrobiens pourrait menacer la santé si l'utilisation des antibiotiques n'est pas davantage réduite

Il est nécessaire de limiter l'utilisation excessive d'antibiotiques pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens (RAM) et atteindre les objectifs du Conseil de l'UE pour 2030 qui ont été adoptés en 2023.<sup>2</sup> En France, l'utilisation d'antibiotiques a diminué en 2020-2021 en raison de la baisse du nombre d'infections, mais elle est depuis

<sup>2</sup> Recommandation du Conseil relative au renforcement des actions de l'Union européenne pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens dans le cadre d'une approche «Une seule santé», 2023/C 220/01.

## Encadré 1. La France bénéficie du financement de l'UE pour renforcer la résilience et l'efficacité de son système de santé

La France a alloué 4,5 milliards d'euros, soit 11,2 % de son plan pour la reprise et la résilience (PRR), à des projets dans la santé qui doivent être achevés d'ici 2026 afin d'améliorer les infrastructures hospitalières et médico-sociales et les services de santé numériques, ainsi que de soutenir la recherche biomédicale.

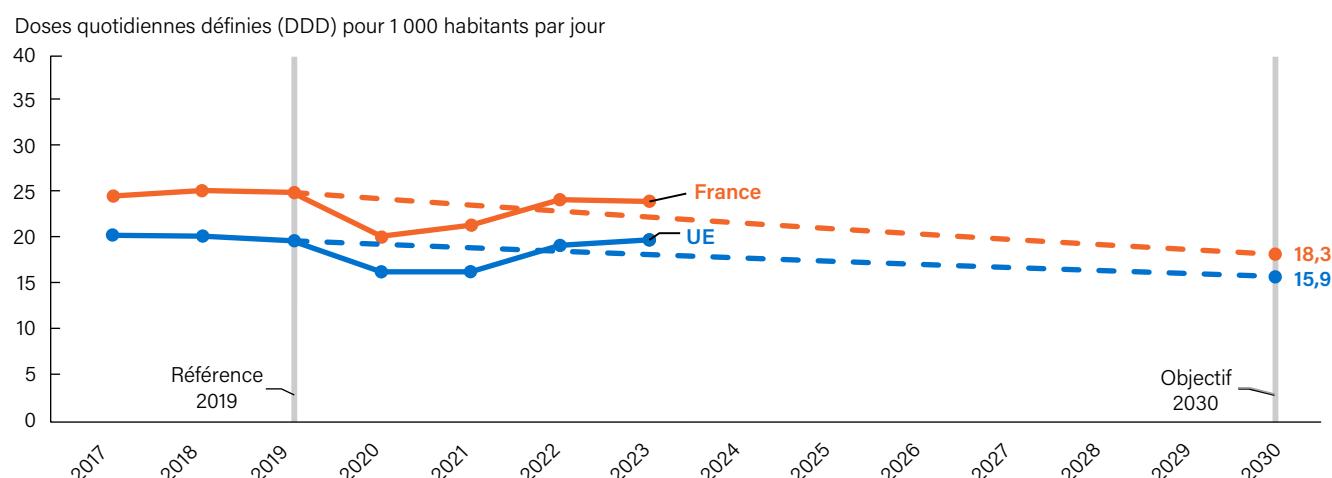
En complément de l'enveloppe du PRR, la France a également alloué 262 millions d'euros provenant des Fonds européens de cohésion, principalement pour développer ses infrastructures de santé (53 % des fonds) et ses services de santé numériques (20 % des fonds). En outre, dans le cadre des programmes de travail EU4Health (2021-2023), les bénéficiaires français ont reçu un financement via des actions conjointes et des subventions directes d'un montant de 134 millions d'euros. Ces fonds ont été principalement consacrés à la préparation aux crises (environ 36 % des fonds) et aux initiatives liées au cancer (environ 30 %).

revenue à son niveau d'avant la pandémie et n'est pas en voie d'atteindre l'objectif fixé pour 2030 (graphique 23).

Au cours de la dernière décennie, la France a encouragé une utilisation responsable des antibiotiques. Le Plan national de

prévention des infections et de la RAM 2022-2025 soutient une action coordonnée entre les patients, les médecins et les autres parties prenantes afin de renforcer la prévention et la sensibilisation.

**Graphique 23. L'utilisation des antibiotiques n'est pas en voie d'atteindre l'objectif fixé par le Conseil de l'UE pour 2030**



Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée. Le graphique montre la consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux et dans la communauté. La ligne pointillée illustre la trajectoire cible des politiques pour atteindre les objectifs de réduction fixés pour 2030.

Source : ECDC ESAC-Net.

## 6

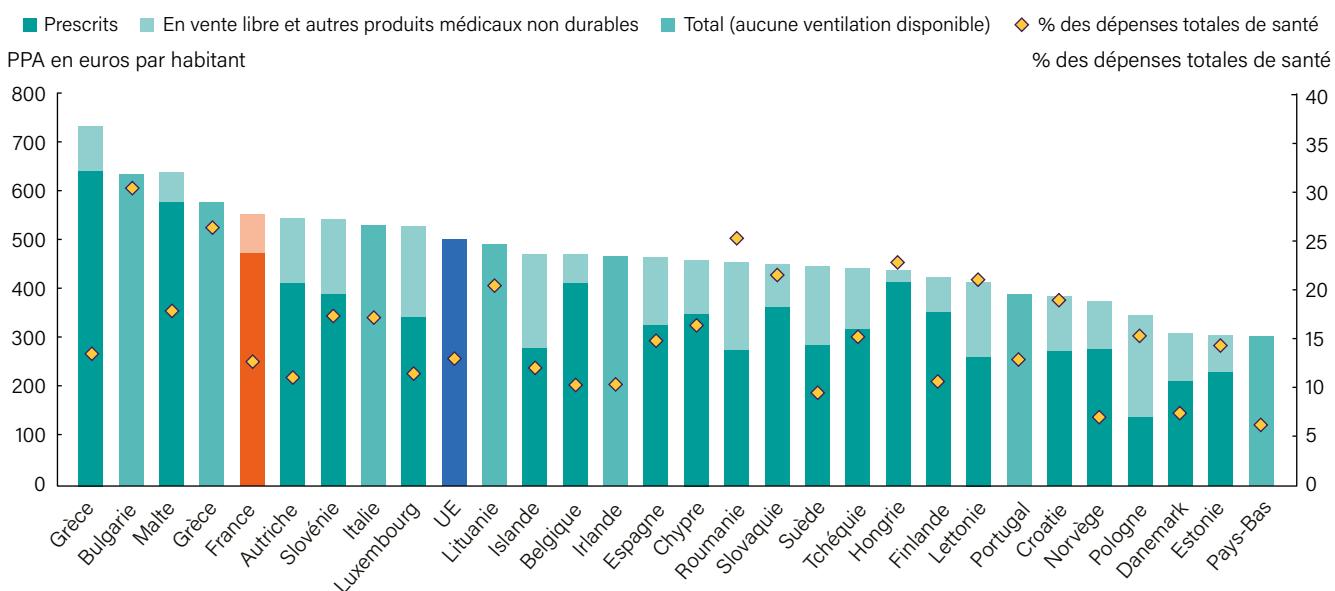
## Focus sur les produits pharmaceutiques

### La France dépense plus que la moyenne de l'UE en produits pharmaceutiques vendus en pharmacie

Au total, la France a dépensé 41,8 milliards d'euros pour les médicaments vendus en pharmacie en 2023, contre 36,7 milliards d'euros en 2013. Par habitant, la France a ainsi dépensé environ 10 % de plus que la moyenne de l'UE en 2023 (560 euros contre 510 euros, après ajustement en fonction de la parité de pouvoir d'achat). Par rapport aux

dépenses totales de santé, les dépenses pharmaceutiques représentent environ 13 % de ces dépenses en France, soit une part comparable à la moyenne de l'UE (graphique 24). Toutefois, ces chiffres ne tiennent pas compte des dépenses pharmaceutiques dans les hôpitaux, qui représentaient près de 40 % des dépenses pharmaceutiques totales en France en 2023, soit la même part que la moyenne de l'UE.

## Graphique 24. Les dépenses par habitant en produits pharmaceutiques vendus en pharmacie sont parmi les plus élevées de l'UE



Remarque : ce chiffre représente les dépenses pharmaceutiques dispensées par les pharmacies pour un usage ambulatoire uniquement. Il exclut les médicaments administrés dans les hôpitaux, les cliniques ou les cabinets médicaux.

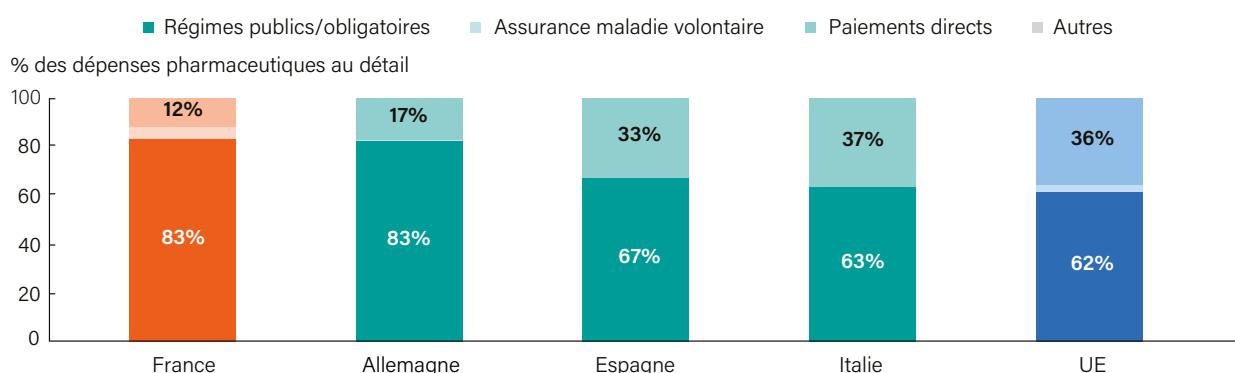
Source : OCDE data explorer (DF\_SHA). Les données concernent l'année 2023, sauf pour la Norvège (2022).

## La couverture sociale des médicaments vendus en pharmacie est très élevée en France

L'assurance publique et l'assurance privée obligatoire couvrent 83 % des produits pharmaceutiques vendus en pharmacie en France, ce qui représente l'un des taux les plus élevés de l'UE avec l'Allemagne, et bien au-dessus de la moyenne européenne de 62 % (graphique 25). L'assurance maladie complémentaire (5 %) et les dépenses à la charge des ménages (12 %) couvrent les coûts restants. Les taux de remboursement des médicaments vendus en pharmacie par l'assurance maladie sociale sont stratifiés en fonction

de la valeur thérapeutique et de la gravité de la maladie, à 15 %, 30 %, 65 % ou 100 % du prix catalogue. L'assurance maladie complémentaire (qui comprend à la fois les régimes privés obligatoires et volontaires) prend généralement en charge les frais à la charge du patient, qui ne paie qu'une franchise nominale (frais réglementaires fixes) de 0,50 euro par ordonnance. Les patients atteints de maladies graves de longue durée sont exemptés de la participation aux coûts pour les traitements liés à leur maladie. Les ménages paient l'intégralité du coût des médicaments non remboursables et de ceux achetés sans ordonnance.

## Graphique 25. En France, plus de 80 % des dépenses en médicaments vendus en pharmacie sont couvertes par la sécurité sociale



Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée. Les pays de comparaison sont les plus grands marchés pharmaceutiques.  
Source: OECD data explorer (DF\_SHA). Les données se réfèrent à 2023.

## Les délais d'accès aux nouveaux médicaments varient, mais sont généralement courts pour ceux qui présentent un bénéfice élevé

Deux des indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer les délais et l'étendue de l'accès aux nouveaux

médicaments sont le délai moyen entre l'autorisation de mise sur le marché dans l'UE et le remboursement public, et la proportion de médicaments approuvés au niveau central et disponibles à l'échelle nationale. Ces deux indicateurs sont présentés dans l'enquête sur l'indicateur WAIT (« Waiting to

Access Innovative Therapies », ou « Attente pour accéder à des traitements innovants ») de la Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques (Newton et al, 2025). Bien qu'aucun de ces indicateurs ne mesure de manière exhaustive l'accès effectif des patients à des traitements efficaces, ils constituent une base de discussion.

Comme de nombreux pays de l'UE, la France utilise un processus complet pour déterminer la couverture sociale et le prix des médicaments. Elle intègre l'évaluation des technologies de santé pour éclairer les décisions de couverture et les négociations de prix. Ce processus est long. Selon l'indicateur WAIT, la France a enregistré un délai moyen de remboursement de 597 jours (supérieur à la moyenne européenne de 578 jours) pour les médicaments approuvés par l'Agence européenne des médicaments entre 2020 et 2023. Cependant, la France a systématiquement mis en place des programmes d'accès précoce permettant aux patients dont les besoins médicaux importants ne sont pas satisfaits d'obtenir des médicaments prometteurs avant la fin des processus de remboursement et de tarification, voire avant l'autorisation de mise sur le marché dans certains cas. Ces dispositions s'appliquent principalement aux médicaments présentant une valeur clinique élevée. Pour les médicaments très innovants, l'accès des patients en France est plus rapide qu'en Espagne et en Italie, avec des délais d'attente minimes en moyenne. Si l'on part du principe que les produits bénéficiant de ces programmes sont directement disponibles, le délai moyen de mise à disposition est de 570 jours, soit légèrement inférieur à la moyenne de l'UE.

En janvier 2025, 60 % des nouveaux médicaments approuvés par l'Agence européenne des médicaments entre 2020 et 2023 étaient pris en charge en France, soit une proportion supérieure à la moyenne de l'UE (46 %), mais inférieure à celle de l'Allemagne, de l'Italie et de l'Espagne (Newton et al., 2025).

### **L'utilisation inappropriée des médicaments est un problème en France**

L'utilisation inappropriée des médicaments, qu'il s'agisse d'une surconsommation, d'une mauvaise utilisation ou d'une sous-utilisation, a des répercussions négatives tant sur les résultats pour les patients que sur les dépenses du système de santé. En France, plus de 40 % des personnes de plus de 75 ans reçoivent au moins une prescription potentiellement inappropriée et 72 % d'entre elles se voient prescrire plus de cinq médicaments simultanément. Ces proportions augmentent considérablement chez les résidents des maisons de retraite, atteignant respectivement 77 % et 87 % (Drush et al., 2023 ; Qassemi et al., 2020). Une évaluation réalisée en 2018 a estimé le coût annuel des hospitalisations liées à des erreurs de médication à 1,3 milliard d'euros, dont 155 millions auraient pu être évités (Laroche et al., 2024).

### **La France renforce le contrôle des coûts tout en accélérant l'accès aux traitements innovants**

Dans le cadre de ses lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 et 2025, la France a introduit d'importantes réformes de sa politique pharmaceutique,

visant à trouver un équilibre entre la maîtrise des coûts et le soutien à l'innovation. Le renforcement du contrôle des dépenses est un pilier central de cette stratégie. La LFSS pour 2024 a fixé l'objectif annuel des dépenses pharmaceutiques à environ 26,4 milliards d'euros, montant qui a été porté à 27,25 milliards d'euros dans la LFSS pour 2025. Pour faire respecter ces limites, la France a mis en place une clause de sauvegarde obligeant les fabricants à rembourser les dépenses excédentaires en cas de dépassement du plafond (mécanisme de récupération). Ces remboursements sont devenus substantiels, atteignant près de 1,5 milliard d'euros en 2022. Dans le cadre d'un accord entre le gouvernement et l'industrie pharmaceutique, la LFSS 2025 a introduit un plafond de 1,6 milliard d'euros pour le montant total des remboursements au titre de ce mécanisme.

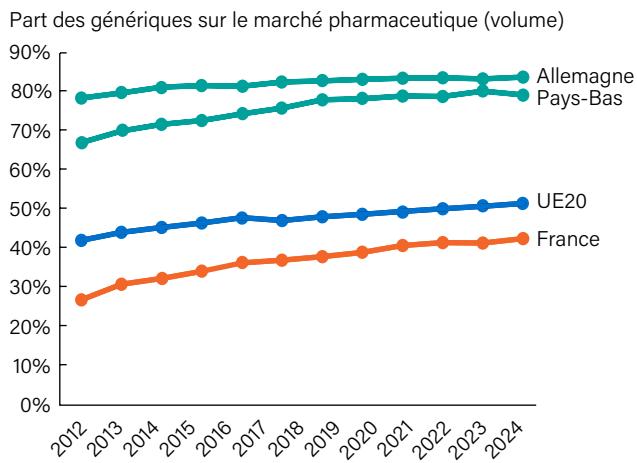
Afin de mieux maîtriser les coûts, les réformes ont renforcé les incitations à l'adoption des biosimilaires. La LFSS pour 2024 a réintroduit la substitution automatique pour les biosimilaires commercialisés depuis au moins deux ans, tandis que la LFSS pour 2025 a réduit cette période à un an. Parmi les autres mesures, on compte des réductions de prix obligatoires pour les médicaments dont le brevet est arrivé à expiration, ainsi que, à partir de 2026, l'obligation pour les prescripteurs de justifier les prescriptions coûteuses à l'aide de documents officiels.

Outre la maîtrise des coûts, ces réformes favorisent également l'innovation et la sécurité de l'approvisionnement. Une procédure d'*« accès direct »* permet le remboursement rapide des médicaments révolutionnaires présentant une valeur clinique majeure, dès lors qu'ils ont reçu une évaluation positive de la Haute Autorité de Santé (HAS). Au cours de cette phase, les fabricants peuvent fixer librement les prix, des remises rétroactives étant appliquées après les négociations finales. La résilience de la chaîne d'approvisionnement a également été officialisée comme critère de tarification, ce qui permet d'appliquer des majorations de prix pour les médicaments produits dans le pays.

### **Malgré les progrès réalisés, l'utilisation des génériques reste plus faible en France que dans la plupart des autres pays de l'UE**

L'utilisation des médicaments génériques s'est considérablement améliorée grâce à la mise en œuvre de mesures incitatives multifacettes ciblant toutes les parties prenantes : les médecins pour leurs pratiques de prescription, les pharmaciens pour la délivrance et les patients pour l'acceptation. En 2023, les médicaments génériques représentaient 42 % de toutes les unités pharmaceutiques remboursées délivrées par les pharmacies communautaires, contre 25 % en 2010. Néanmoins, cette proportion reste inférieure à celle des pays leaders et à la moyenne des 18 pays pour lesquels des données sont disponibles (graphique 26). En valeur, cette part des génériques représentait 30 %. La France a une définition plus restrictive du *« marché substituable »* et les médecins français ont tendance à prescrire des médicaments plus récents plutôt que des alternatives établies.

**Graphique 26. La part des génériques en France a augmenté régulièrement au cours de la dernière décennie, mais reste inférieure à la moyenne de l'UE**



Remarque : les données indiquent le pourcentage du marché des génériques en termes de volume. La moyenne de l'UE est pondérée.

Source : OECD data explorer (df\_gen\_mrkt).

En ce qui concerne les biosimilaires, les données publiées par IQVIA indiquent que la France a encore des progrès à faire pour améliorer les taux d'adoption des biosimilaires dans plusieurs catégories thérapeutiques, notamment les médicaments prescrits pour les maladies inflammatoires, le cancer, l'ostéoporose, l'ophtalmologie et le diabète (IQVIA, 2023).

**La France se classe au troisième rang des investissements en R&D pharmaceutique dans l'UE**

Les investissements en recherche et développement (R&D) dans l'industrie pharmaceutique en France ont atteint environ 1,9 milliard d'euros en 2022 (ajustés en fonction du pouvoir d'achat), soit 13 % des dépenses totales de R&D pharmaceutique dans l'UE, ce qui place la France en troisième position derrière l'Allemagne (31 %) et la Belgique (17 %). Par habitant, les investissements des entreprises françaises en R&D s'élevaient à 29 euros en 2022, soit un niveau inférieur à la moyenne de l'UE (35 euros), mais nettement supérieur à celui d'autres pays de l'UE tels que l'Espagne et l'Italie. Toutefois, le taux de croissance est modeste depuis 2015 et inférieur à celui de l'Allemagne.

Les demandes de brevets sont un indicateur utile des avancées potentielles en France. Selon les statistiques de l'OCDE sur la propriété intellectuelle, 323 demandes de brevet dans le secteur pharmaceutique ont été déposées en France au titre du Traité de coopération en matière de brevets (PCT). Cela représente environ 18 % de l'ensemble des demandes PCT provenant de l'UE, une proportion qui est restée stable au cours des quinze dernières années. Par habitant, le taux était de 4,8 demandes par million d'habitants, soit 16 % de plus que la moyenne de l'UE. De plus, la France affiche un taux relativement élevé d'essais cliniques par habitant, ce qui témoigne d'une forte capacité d'innovation pharmaceutique. Le pays a atteint 20 essais cliniques par million d'habitants, contre une moyenne de 18 dans l'UE.

## 7

# Principales conclusions

- En 2024, l'espérance de vie en France était supérieure de 1,4 an à la moyenne de l'UE. Cependant, il existe de grandes disparités selon le sexe et le statut socio-économique. À 35 ans, les hommes ayant suivi des études supérieures peuvent espérer vivre 8,0 ans de plus que ceux qui n'ont pas obtenu de diplôme de l'enseignement secondaire ; cet écart est de 5,4 ans chez les femmes.
- Environ un quart de l'ensemble des décès survenus en 2021 peut être attribué à des facteurs de risque comportementaux et environnementaux. Près d'un quart des adultes (23 %) fument quotidiennement, ce qui représente l'une des proportions les plus élevées de l'UE. En revanche, le tabagisme régulier chez les jeunes de 15 ans est moins élevé que dans de nombreux autres pays de l'UE. Si la consommation d'alcool chez les adultes a diminué, elle reste toutefois supérieure à la moyenne de l'UE. Les taux d'obésité ont augmenté pour atteindre la moyenne de l'UE. Les taux de tabagisme et d'obésité sont particulièrement élevés chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation, ce qui réduit leur espérance de vie.
- Les dépenses de santé par habitant en France se situent dans le tiers supérieur des pays de l'UE. Elles représentaient 11,5 % du PIB en 2023, soit la deuxième part la plus élevée après l'Allemagne.
- L'accès financier aux soins est élevé : la France affiche l'un des taux les plus bas de l'UE en termes de dépenses à la charge des ménages. Les besoins en soins médicaux non satisfaits déclarés en raison du coût, de la distance et des délais d'attente sont limités, mais supérieurs à la moyenne de l'UE. Les obstacles sont plus importants pour les personnes exposées au risque de pauvreté, en particulier pour les services moins couverts. En 2024, près de 14 % des personnes exposées au risque de pauvreté ont déclaré avoir des besoins en soins dentaires non satisfaits.
- L'accès aux médecins généralistes reste un défi dans les zones sous-dotées en personnel médical. Pour remédier à cette pénurie, des mesures ont été prises, telles que des incitations financières pour encourager les médecins à s'installer dans ces zones, l'expansion des centres de santé multidisciplinaires, ainsi que l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine et de places de formation postuniversitaire en médecine générale. En 2025, un projet de loi visant à limiter les nouvelles installations dans les zones déjà bien dotées a été présenté, mais il est toujours en attente d'adoption par le Sénat.
- La pénurie d'infirmiers s'est aggravée depuis la pandémie. La demande de soins infirmiers devrait augmenter de 50 % entre 2021 et 2050, tandis que l'offre ne progresserait que de 37 % dans le cadre des politiques actuelles. Les taux d'abandon élevés parmi les étudiants en soins infirmiers et les faibles taux de rétention dans les hôpitaux (seule la moitié des infirmiers hospitaliers restent en poste après dix ans) limitent la croissance de l'offre. Pour améliorer l'attractivité et la rétention, une loi de 2025 a redéfini et élargi le champ d'activité des infirmiers pour la première fois depuis deux décennies. Le principe du ratio infirmier/patient obligatoire a également été introduit en 2025, dans le but d'améliorer la sécurité des patients hospitalisés et le bien-être des infirmiers, et sa mise en œuvre est prévue pour 2027.
- La numérisation, s'est accélérée ces dernières années. Les ordonnances électroniques, lancées en 2022, représentaient 30 % de l'ensemble des ordonnances en 2023. Un dossier médical électronique partagé, « Mon espace santé », est actuellement en cours de déploiement. Il contient des informations partagées entre les patients et leurs prestataires de soins de santé, ainsi que des résultats d'imagerie et d'analyses biologiques, et des informations sur les sorties d'hospitalisation. L'utilisation des outils numériques, de la prise de rendez-vous en ligne aux téléconsultations, a fortement augmenté ces dernières années, même si des inégalités persistent entre les différents groupes d'âge et socio-économiques.
- Les dépenses en médicaments vendus en pharmacie par habitant en France étaient environ 10 % supérieures à la moyenne de l'UE en 2023. Les assurances publiques et privées obligatoires couvrent 83 % de ces dépenses, une part bien supérieure à la moyenne de l'UE, qui est de 62 %. Si la part des médicaments génériques a nettement augmenté au cours de la dernière décennie, passant de 25 % en 2010 à 42 % en 2023, elle reste inférieure à la moyenne de l'UE, qui est de 51 %. La France se classe au troisième rang de l'UE en termes d'investissements en R&D pharmaceutique, derrière l'Allemagne et la Belgique, ce qui témoigne d'une capacité d'innovation relativement solide.

# Sources principales

OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Or et al. (2023), *France: Health system review*, Health Systems in Transition, 25(3): i–241. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

## Références

- Assurance Maladie (2024), Les bénéficiaires de la prise en charge à long terme, Points de repère n° 54
- Assurance Maladie (2025a), Soutien à l'emploi d'un assistant médical : bilan encourageant après 4 ans
- Assurance Maladie (2025b), 3 ans après le lancement de « Mon espace santé », 17 millions de personnes ont activé leur profil
- Cour des Comptes (2024), Organisation territoriale des soins de santé primaires
- Cour des Comptes (2025), L'objectif de dépenses de l'assurance maladie générale obligatoire
- Coureau et al. (2021), Survival among individuals diagnosed with cancer in mainland France 1989-2018, summary of results: solid tumours and haematological malignancies, Institut national du cancer
- DREES (2020), En 2018, les territoires en pénurie de médecins généralistes couvrent près de 6 % de la population, Études et Résultats, n° 1144
- DREES (2023), Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de profession après dix ans d'exercice, Études et Résultats, n° 1277
- DREES (2024a), En 2023, la baisse du nombre de lits et l'augmentation du nombre de places se sont poursuivies dans les établissements de santé, Études et Résultats, n° 1315
- DREES (2024b), Le nombre d'infirmières devrait augmenter de manière significative d'ici 2050, mais moins que les besoins en soins de santé de la population vieillissante, Études et Résultats, n° 1319
- Drush et al. (2023), Potentially inappropriate medications and polypharmacy in the older population: A nationwide cross-sectional study in France in 2019, Therapie, Sep-Oct;78(5):575-584.
- European Commission (2024), 2024 Ageing Report - Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)
- Newton M et al. (2025), EFPIA Patients WAIT Indicator 2024 Survey, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
- Fédération Française des Centres de Santé (2024), 2024, chiffres nationaux de l'observatoire des centres de santé
- Fédération Nationale des CPTS (2024), Carte des CPTS dans les régions
- France Assureurs (2022), Livre blanc : Construire une nouvelle solution pour la dépendance liée à l'âge fondée sur la solidarité et la transparence
- Haute Autorité de Santé (2024), Lieux et conditions environnementales pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'une téläßistance
- INSEE (2024), L'écart d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans pour les hommes, 3 ans pour les femmes, INSEE Première, n° 2005
- IQVIA (2023), The Impact of Biosimilar Competition in Europe, White Paper
- Laroche et al. (2024), Economic burden of hospital admissions for adverse drug reactions in France: The IATROSTAT-ECO study, British Journal of Clinical Pharmacology, 91(2):439-450
- Ministère chargé de la santé (2025), Pacte pour lutter contre les déserts médicaux
- OECD (2025a), Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)
- OECD (2025b), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*
- Qassemi et al. (2020), Potentially Inappropriate Drug Prescribing in French Nursing Home Residents: An Observational Study, Pharmacy (Basel), 8(3):133
- Santé Publique France (2024), Nutri-Score : le point sur les nouveautés en 2024
- Santé Publique France (2025), Rapport sur la campagne de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) menée dans les établissements d'enseignement secondaire en 5e année de l'année scolaire 2023-2024 en France

## Liste des abréviations des pays

Autriche	AT	Tchéquie	CZ	Allemagne	DE	Italie	IT	Pays-Bas	NL	Slovaquie	SK
Belgique	BE	Danemark	DK	Grèce	EL	Lettonie	LV	Norvège	NO	Slovénie	SI
Bulgarie	BG	Estonie	EE	Hongrie	HU	Lituanie	LT	Pologne	PL	Espagne	ES
Croatie	HR	Finlande	FI	Islande	IS	Luxembourg	LU	Portugal	PT	Suède	SE
Chypre	CY	France	FR	Irlande	IE	Malte	MT	Roumanie	RO		



# État de santé dans l'UE

## Profils de santé des pays 2025

*Les profils de santé par pays* constituent un élément clé du cycle « *État de santé dans l'UE* » de la Commission européenne, un projet de partage des connaissances développé avec le soutien financier de l'Union européenne.

Ces profils sont le fruit d'un partenariat entre l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, en collaboration avec la Commission européenne. Basée sur une méthodologie cohérente utilisant à la fois des données quantitatives et qualitatives, l'analyse couvre les derniers défis et développements en matière de politique de santé dans chaque pays de l'UE/EEE.

L'édition 2025 des *profils de santé des pays* fournit une synthèse de divers aspects essentiels, notamment :

- L'état actuel de la santé dans le pays;
- Les déterminants de la santé, avec un accent particulier sur les facteurs de risque comportementaux ;
- La structure et l'organisation du système de santé ;
- L'efficacité, l'accessibilité et la résilience du système de santé ;
- Un compte rendu du secteur pharmaceutique et des politiques menées dans le pays.

Le *rapport de synthèse* complète les principales conclusions des profils de santé des pays.

Pour plus d'informations, veuillez consulter :  
[https://health.ec.europa.eu/state-health-eu\\_en](https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en)

Veuillez citer cette publication comme suit : OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Profil de santé par pays 2025: France. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.