



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Tendances récentes des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, et réactions aux chocs économiques et épidémiques

David Morgan, Fan Xiang

Disponible sur internet le :
15 mars 2022

OECD Health Division, Paris, France

Correspondance :

David Morgan, OECD Health Division, 2, rue André Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.
david.morgan@oecd.org

Mots clés

Dépenses de santé
Évolution
Pandémie de la COVID-19
France
OCDE

■ Résumé

L'analyse de l'évolution récente des dépenses de santé met en évidence les deux chocs : la crise économique de 2008, et l'impact récent de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) en 2020. Alors que les économies des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) se sont contractées fortement en 2008 et 2009, la part des dépenses de santé est restée relativement stable. En 2020, avec les fermetures généralisées et autres mesures de santé publique limitant drastiquement l'activité économique, de nombreuses économies de l'OCDE ont connu un déclin en chute libre. La nécessité d'accroître les dépenses de santé, notamment de la part des gouvernements, face à la pandémie, a engendré une croissance des dépenses de santé la plus rapide jamais enregistrée au sein de la zone OCDE au cours des 15 dernières années.

Keywords

Health spending
Trend
COVID-19 pandemic
France
OECD

■ Summary

Recent trends and structure of health spending in OECD countries in the light of economic and public health shocks

Analysis of recent trends in health spending show the two shocks : the economic crisis in 2008 and the recent impact of the COVID 19 in 2020. While OECD economies contracted sharply in 2008 and 2009, the share of health in the economy remained relatively stable. In 2020, with widespread lockdowns and other public health measures severely restricting economic output and consumer spending, many OECD economies went into freefall in 2020. The need to increase health spending, particularly by governments, in response to the pandemic is likely to have led to the fastest growth in OECD health spending in the last 15 years.

Introduction

La part de la richesse nationale consacrée à la santé varie au fil du temps, en fonction de la croissance des dépenses de santé et la croissance économique globale. Les ressources financières que consacre un pays à la santé, celle à la fois des individus et de la population dans son ensemble, ainsi que leur évolution au cours du temps, dépendent de nombreux facteurs démographiques, sociaux et économiques, mais aussi des structures de financement et d'organisation du système de santé.

Au cours des années 1990 et au début des années 2000, le taux de croissance des dépenses de santé dépassait généralement celui des autres dépenses dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), entraînant une hausse quasiment constante des dépenses de santé exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB). Après la crise économique de 2008, la part des dépenses de santé est restée relativement stable, leur croissance étant à la mesure des performances économiques globales des pays de l'OCDE. Cependant, sous l'effet de la crise de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), qui restreint fortement l'activité économique, et de la tendance à la hausse des dépenses de santé, la part des dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB devrait connaître une augmentation importante.

Des niveaux de dépenses relativement élevés dans les pays les plus riches

Avant la pandémie de la COVID-19, les pays de l'OCDE consacraient, en moyenne, 8,8 % environ de leur PIB aux soins de santé – un chiffre plus ou moins stable depuis 2013. En 2019, les États-Unis ont enregistré de loin les dépenses de santé les plus élevées avec un taux de 16,8 % de leur PIB, devançant largement l'Allemagne, qui occupait la deuxième place avec un taux de 11,7 % (*figure 1*). Les dix pays suivants à revenu élevé, dont la France, ont consacré entre 10 et 11 % de leur PIB aux soins de santé. Une douzaine d'autres pays de l'OCDE se situaient dans une fourchette de dépenses de santé comprise entre 8 et 10 % du PIB. Le bloc suivant de pays consacrant entre 6 et 8 % de leur PIB aux soins de santé comprend de nombreux pays de l'OCDE

d'Europe centrale et orientale, ainsi que les nouveaux membres de la région de l'Amérique latine, à savoir la Colombie et le Costa Rica. Enfin, le Mexique et la Turquie ont consacré moins de 6 % de leur PIB à la santé, ainsi que certains pays partenaires comme la République populaire de Chine (Chine) et l'Inde.

Les estimations préliminaires pour 2020, disponibles pour un certain nombre de pays de l'OCDE, indiquent toutes une augmentation significative des dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB. Cela témoigne à la fois des dépenses de santé supplémentaires qui ont été nécessaires pour la lutte contre la COVID-19 et des réductions du PIB dues aux restrictions imposées à l'activité économique. D'après les premières données, on estime que la part moyenne du PIB allouée à la santé est passée de 8,8 % en 2019 à 9,7 % en 2020. Les pays les plus durement touchés par la pandémie ont fait état de hausses sans précédent de la part du PIB allouée à la santé. Ainsi, la France estimait que la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 11,1 % en 2019 à 12,4 % en 2020, tandis que le Royaume-Uni constatait une hausse de 10,2 % à 12,8 % du PIB. Les dépenses de santé moyennes par habitant en 2019, ajustées pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat, ont été estimées à plus de 4000 USD en moyenne dans les pays de l'OCDE, tandis qu'aux États-Unis, elles ont atteint l'équivalent de près de 11 000 USD. En Suisse, le deuxième pays de l'OCDE le plus dépensier, le montant des dépenses de santé par habitant a atteint un peu plus de 7000 USD, tandis que la France y a consacré 5300 USD, le Royaume Uni 4500 USD, et la Chine seulement 800 USD (*figure 2*).

Une évolution impactée par les crises économique et épidémique

L'analyse de l'évolution des dépenses de santé par habitant et du PIB met en évidence les deux chocs : la crise économique de 2008, et l'impact récent de la COVID-19 en 2020 (*figure 3*). Alors que les économies de l'OCDE se sont contractées fortement en 2008 et 2009, la croissance des dépenses de santé s'est maintenue pendant un certain temps avant de décliner également – oscillant juste au-dessus de zéro entre 2010 et 2012 – tandis qu'une série de mesures visant à enrayer les dépenses publiques de santé ont été mises en place. Pour le reste des années 2010, la croissance des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE a eu tendance à suivre de près la croissance de l'économie en général. L'écart s'est creusé en 2019 avec un accroissement des dépenses de santé. En 2020, de nombreuses économies de l'OCDE ont connu un déclin en chute libre en raison des conséquences de la crise sanitaire. Ainsi, le PIB par habitant a diminué de plus de 4,5 % en moyenne, de 8,3 % en France, 11,3 % en Espagne et 10,3 % au Royaume-Uni. La nécessité d'accroître les dépenses de santé face à la pandémie, notamment de la part des gouvernements, a engendré une croissance moyenne avoisinant les 5 %. Il s'agit probablement de la croissance des dépenses de santé la plus rapide jamais

Les points essentiels

- En conséquence de l'effet de la crise de la COVID-19, qui restreint fortement l'activité économique, et de la tendance à la hausse des dépenses de santé, la part des dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB devrait connaître une hausse importante.
- Certains pays en mesure de fournir des estimations initiales, y compris la France, ont également fait état d'augmentations significatives des dépenses de santé par rapport à la période précédente.

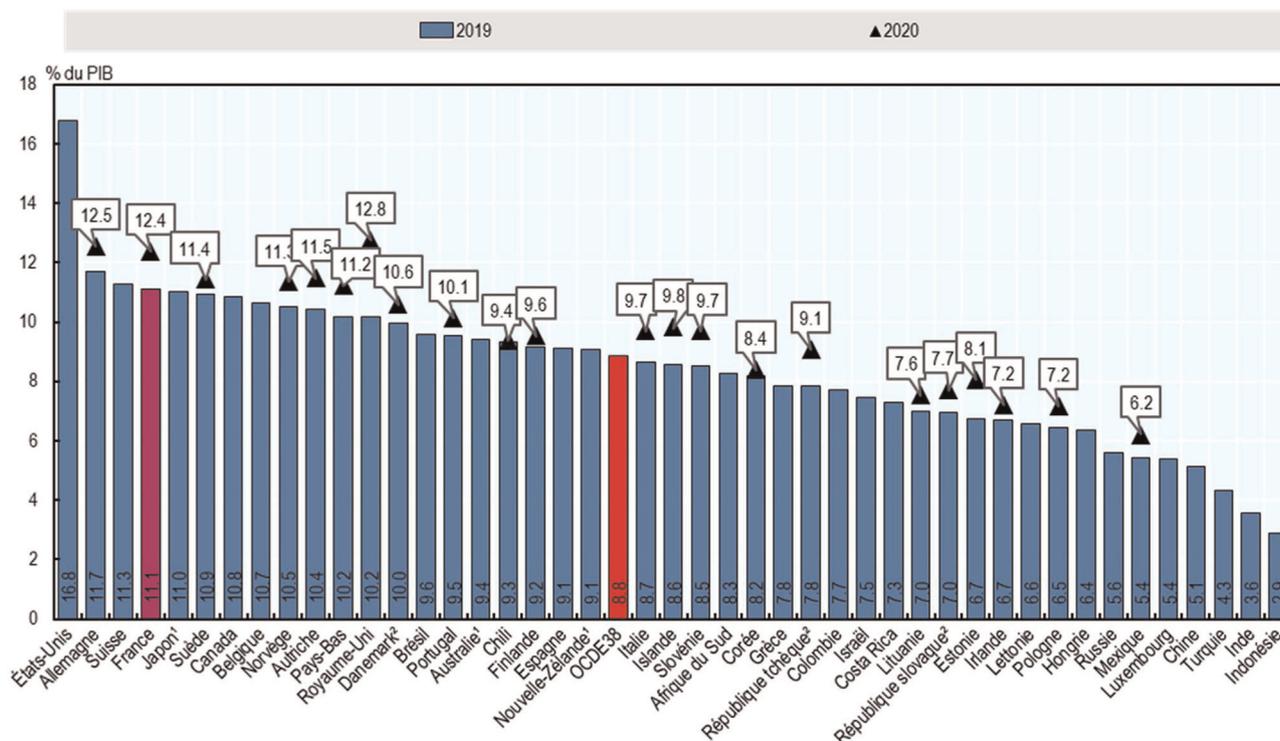


FIGURE 1

Dépenses de santé en pourcentage du (PIB), 2019 (ou année la plus proche) et 2020

enregistrée au sein de la zone OCDE au cours des 15 dernières années.

Les évolutions respectives des dépenses de santé et du PIB au cours de cette période se sont traduites par des variations brutales du rapport dépenses/PIB en 2009 et en 2020, avec une période de stabilité entre les deux (figure 3 et figure 4). La France, l'Italie et le Royaume-Uni ont suivi cette tendance de près, affichant les variations encore plus prononcées en 2009 et en 2020, tandis que l'Allemagne et le Portugal ont connu une transition moins marquée.

Au cours des 5 ans suivant la crise économique de 2008, les dépenses moyennes de santé par habitant ont augmenté de 1,1 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, et peu de pays enregistraient une croissance annuelle au-dessus de 5 % (figure 5). Entre 2015 et 2019, les dépenses moyennes de santé par habitant ont accéléré à 2,7 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Au cours de cette période, la France enregistrait encore une croissance annuelle moyenne inférieure à 1 %.

Cependant, les tendances en ce qui concerne la structure des dépenses de santé divergent d'un pays à l'autre en 2020 en raison de la proportion dans laquelle un pays a été touché par la crise et des différentes manières dont les soins de santé sont financés dans les pays. On observe une pression à la hausse sur les dépenses dans un certain nombre de pays contraints d'intensifier le dépistage de la COVID-19 et le traitement des patients

atteints du virus, tandis que les politiques de confinement et la réduction des services de soins courants ont peut-être exercé une pression à la baisse globale des dépenses de santé, notamment lorsque le financement basé sur les activités joue un rôle. Les premières estimations pour le Royaume-Uni tendent à montrer que les dépenses de santé par habitant ont augmenté de plus de 10 % en 2020. D'autres pays en mesure de fournir des estimations initiales, y compris la France, ont également fait état d'augmentations significatives des dépenses de santé par rapport à la période précédente. La Norvège et la Corée, qui ont pris de mesures de santé publique rigoureuses et ont enregistré un nombre relativement faible de cas de la COVID-19, ont toutes deux enregistré une croissance des dépenses de santé nettement plus faible en 2020 qu'en 2019. Au Canada et au Portugal, les projections préliminaires mettent en évidence une réduction en termes réels des dépenses de santé par habitant en 2020.

Des dépenses de santé largement financées par les gouvernements ou l'assurance maladie obligatoire

La population bénéficie de soins de santé grâce à une série de régimes financiers. Il s'agit d'un ensemble de régimes tiers mais aussi, par convention, de versements effectués directement par les ménages. Les régimes de financement publics, sur une base nationale ou infranationale ou pour des groupes de population

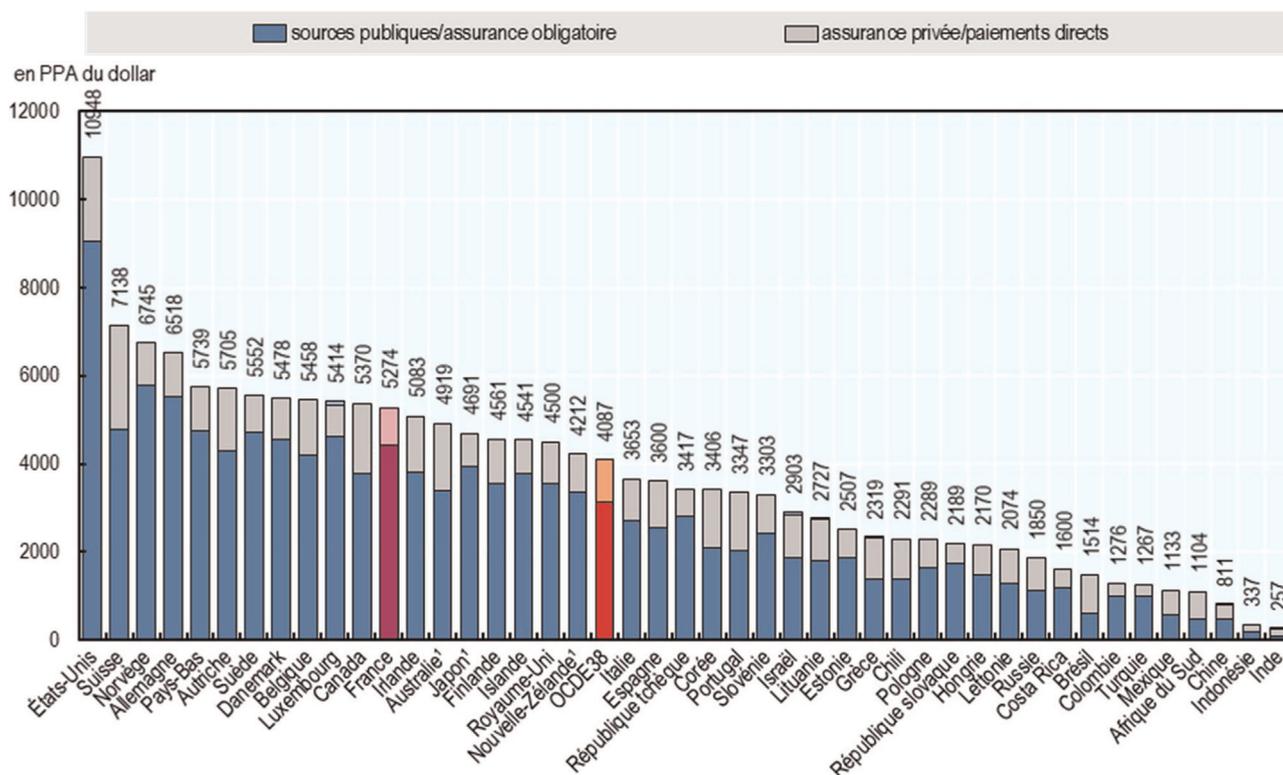


FIGURE 2
Dépenses de santé par habitant, 2019 (ou année la plus proche)

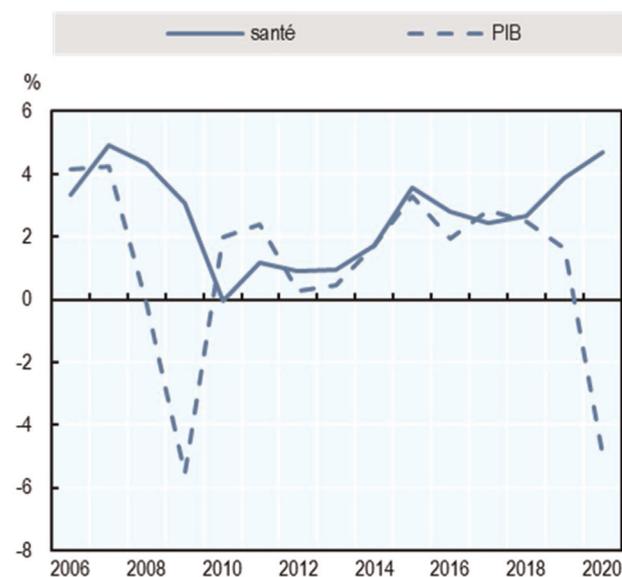


FIGURE 3
Croissance annuelle réelle des dépenses de santé par habitant et du PIB, OCDE, 2005-2020

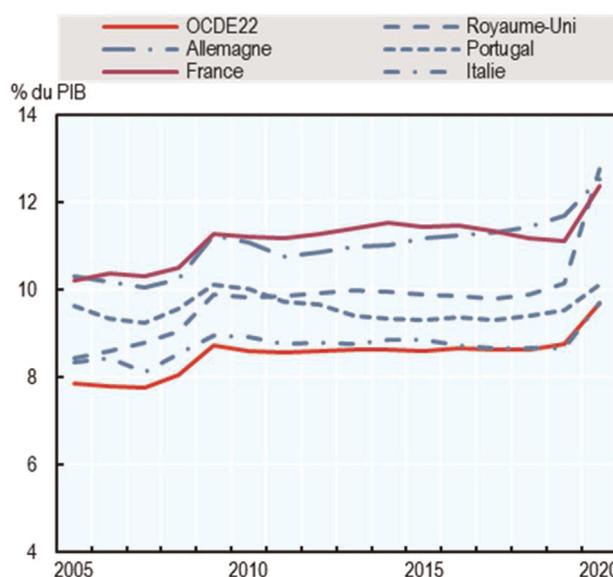


FIGURE 4
Dépenses de santé en pourcentage du PIB, dans une sélection de pays de l'OCDE, 2005-2020

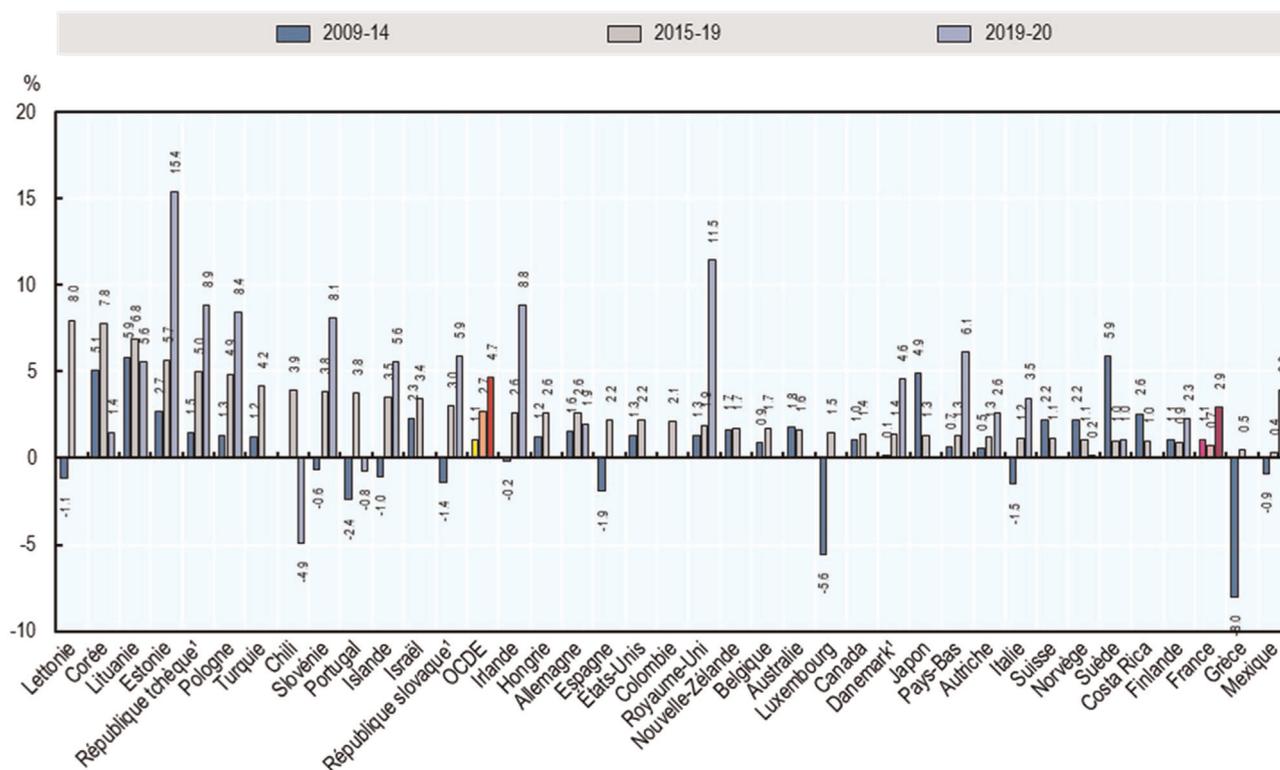


FIGURE 5

Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant (en termes réels), 2009-2014, 2015-2019 (ou année la plus proche) et 2019-2020

spécifiques, donnent droit aux soins de santé sur la base de la résidence et constituent le principal mécanisme de prise en charge des coûts des soins de santé dans près de la moitié des pays de l'OCDE. L'autre principale méthode de financement est une forme d'assurance maladie obligatoire (gérée par des entités publiques ou privées). Les dépenses à la charge des ménages, à la fois sur une base entièrement discrétionnaire et dans le cadre d'un accord de participation forfaitaire, peuvent constituer une part significative des dépenses globales de santé. Enfin, l'assurance maladie facultative, sous ses diverses formes, peut également jouer un rôle important en matière de financement dans certains pays.

La couverture obligatoire ou automatique, par le biais des régimes publics ou de l'assurance maladie, constitue l'essentiel du financement des soins de santé dans les pays de l'OCDE (figure 6). Les trois quarts de l'ensemble des dépenses de santé sont financés par ces types de systèmes obligatoires. Les régimes publics centraux, régionaux ou locaux, en Norvège, au Danemark, en Suède, en Islande et au Royaume-Uni représentent 80 % ou plus des dépenses nationales de santé. En Allemagne, au Japon, en France et aux Pays-Bas, plus de 75 % des dépenses sont couvertes par un type de régime d'assurance

maladie obligatoire. Alors que l'Allemagne et le Japon s'appuient sur un régime d'assurance maladie multirisque, la France complète cette couverture par un système d'assurance maladie « complémentaire » privés devenus obligatoires d'emploi en 2016 pour les employés du secteur privé.

Aux États-Unis, les régimes fédéraux et régionaux, comme Medicaid, représentent environ un quart de toutes les dépenses de santé du pays. Près de 60 % des dépenses sont classées dans les régimes d'assurance obligatoire, mais ces derniers recouvrent des régimes très différents. Les régimes fédéraux d'assurance maladie, tels que Medicare, couvrent un quart des dépenses totales, tandis que l'assurance maladie privée en représente un tiers, et elle est considérée comme obligatoire en vertu de l'« Affordable Care Act [ACA] » (« Obama-Care »), qui a imposé aux particuliers de s'assurer.

Les restes à charge pour le patient financent un cinquième des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, cette part diminuant sensiblement à mesure que le PIB augmente. En France, les dépenses directement à la charge des ménages sont inférieures à 10 % (9,3 % en 2019).

Dans l'objectif de passer à une couverture maladie universelle, un certain nombre de pays de l'OCDE ont augmenté les

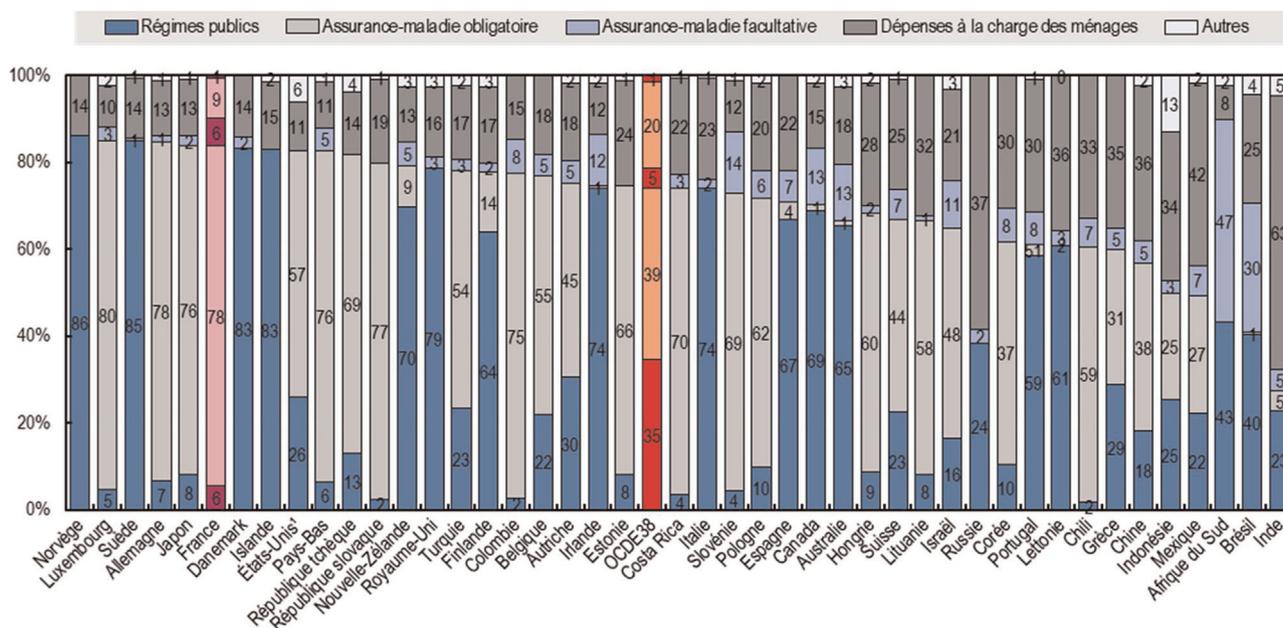


FIGURE 6

Dépenses de santé par type de financement, 2019 (ou année la plus proche)

dépenses des régimes d'assurance obligatoire, privée ou publique au cours des précédentes décennies. Par conséquent, la part des coûts de santé qui était à la charge des ménages et des régimes d'assurance volontaire a largement diminué dans certains pays. Cependant, dans les années qui ont suivi la crise financière et économique mondiale de 2008-2010, la part des dépenses de santé couverte par les versements directs des ménages a augmenté dans plusieurs pays européens, tels que la Grèce, le Portugal et l'Espagne (figure 7), mais pas en France.

Les estimations préliminaires des dépenses de santé en 2020 tendent à montrer que les dépenses à financement privé pourraient avoir diminué, l'impact de la COVID-19 ayant réduit les activités de soins courants dans des domaines comme les soins dentaires et les produits pharmaceutiques en vente libre, où les dépenses privées jouent un rôle prédominant. Dans le même temps, de nombreux États de l'OCDE ont revu à la hausse leurs engagements budgétaires en matière de santé, afin de couvrir les coûts supplémentaires liés à la COVID-19 [1].

Des structures de dépenses par fonction variables selon l'organisation des soins

Les estimations des dépenses de santé sont basées sur une ligne de démarcation commune définissant l'éventail des services de santé et des biens médicaux à prendre en compte. Pour tous les pays de l'OCDE, les services de soins curatifs et de réadaptation constituent l'essentiel des dépenses de santé - ces deux

catégories représentent généralement 60 % de l'ensemble des dépenses de santé (figure 8). Une autre part, représentant 19 % des dépenses de santé, est consacrée aux biens médicaux (essentiellement les produits pharmaceutiques) consommés hors des établissements de santé, tandis qu'une part croissante est allouée aux soins de longue durée (environ 15 %). Le reste est alloué à l'administration et à la gouvernance générale du système de santé, ainsi qu'à la prévention. Le niveau et la structure des dépenses peuvent varier d'un pays à l'autre en raison de facteurs tels que la manière dont les soins sont organisés et hiérarchisés selon les prestataires, les coûts des intrants et les besoins de la population.

La Grèce a déclaré la plus forte proportion de dépenses de santé allouées aux services hospitaliers en 2019 (44 %). Elle est loin devant les pays qui arrivent en deuxième et troisième position, à savoir la Pologne (37 %) et la Belgique (36 %), et plus de 15 points de pourcentage au-dessus de la moyenne de l'OCDE. À l'autre extrémité, de nombreux pays nordiques, le Canada et les Pays-Bas, font état d'une proportion beaucoup plus faible de dépenses consacrée aux services hospitaliers, soit autour de 20-25 % des dépenses globales de santé. La France y consacre 32 %, et l'Autriche 33 %.

Les soins ambulatoires forment une large catégorie qui recouvre les services ambulatoires primaires et spécialisés et les soins dentaires, ainsi que les soins à domicile et les services auxiliaires. Toutes catégories confondues, les dépenses allouées aux services de soins ambulatoires représentent près de la moitié de

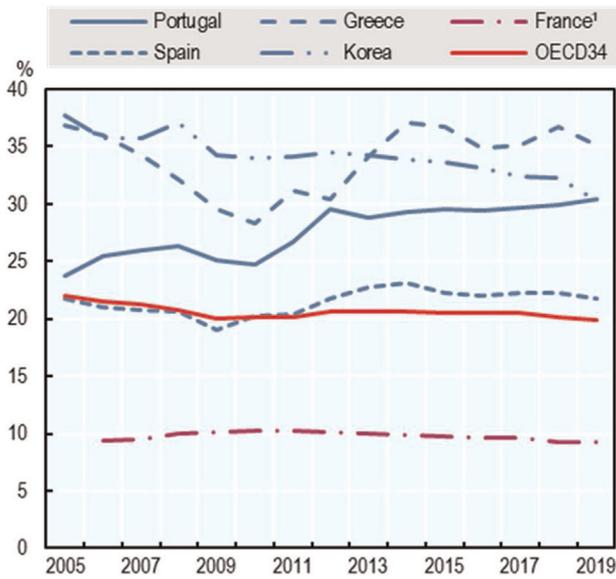


FIGURE 7
Part des paiements directs dans les dépenses de santé totales, dans une sélection de pays, 2005-2019

l'ensemble des dépenses de santé au Portugal et en Israël, contre une moyenne de 33 % pour l'OCDE en 2019. La France consacre 28 % aux soins ambulatoires.

La troisième grande catégorie de dépenses de santé est celle des biens médicaux hors établissements de santé. Les prix des produits internationaux, tels que les produits pharmaceutiques, ont tendance à moins varier d'un pays à l'autre que ceux des services produits. En conséquence, les dépenses allouées aux biens médicaux (produits pharmaceutiques compris) dans les pays à faible revenu représentent souvent une part plus élevée des dépenses de santé que dans les autres pays. Par exemple, les dépenses allouées aux biens médicaux représentaient près d'un tiers des dépenses de santé en Hongrie et en République slovaque en 2019, contre 10 % en Norvège et 11 % au Danemark et aux Pays-Bas, et 17 % en France.

Les dépenses consacrées aux services de soins de longue durée reflètent des différences non négligeables d'un pays de l'OCDE à l'autre quant aux ressources qui sont allouées aux dispositifs de prise en charge des personnes âgées et dépendantes. Dans les pays dotés de dispositifs structurés, comme la Norvège, la Suède et les Pays-Bas, un quart ou plus des dépenses de santé concernent les services de soins de longue durée. Dans ceux où la prise en charge de longue durée est moins structurée, notamment dans nombre de pays d'Europe méridionale, centrale et orientale, les dépenses en la matière sont nettement inférieures (en France, elles représentent 16 %).

Pendant les années de crise économique, de nombreux États ont cherché à réaliser des économies au sein du système de santé tout en protégeant les services de première ligne [2]. En conséquence, au cours de la période 2009-2013, les dépenses

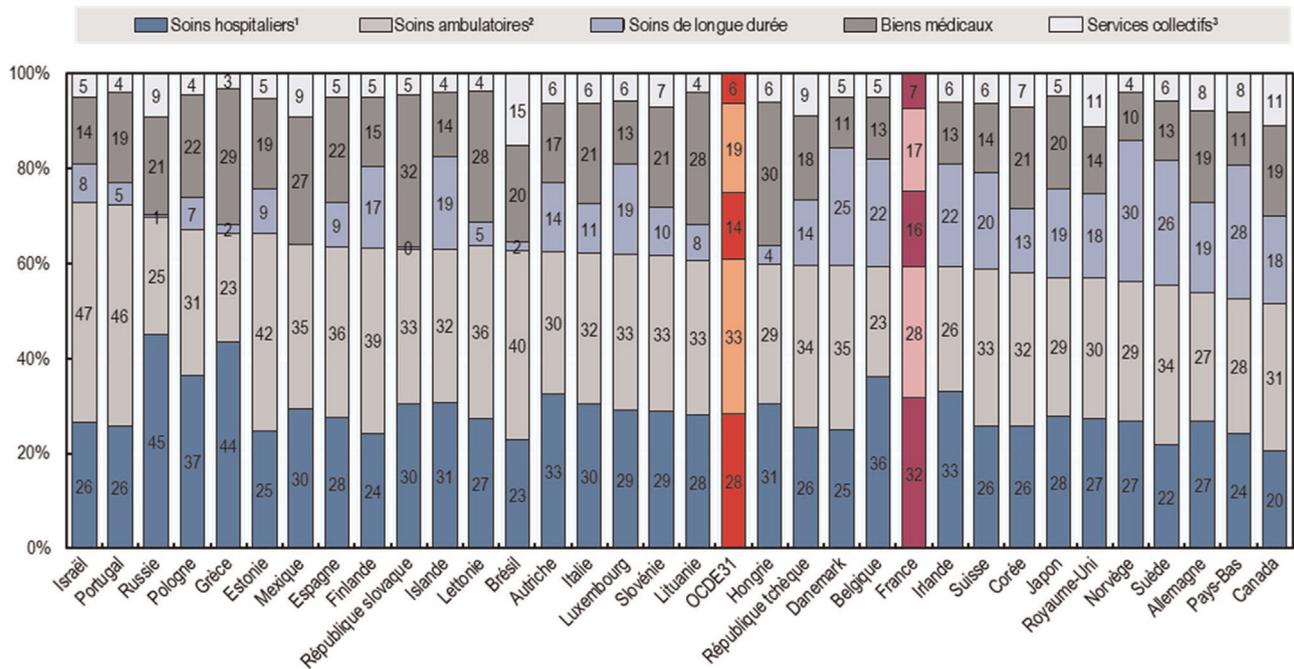


FIGURE 8
Dépenses de santé par type de service, 2019 (ou année la plus proche)

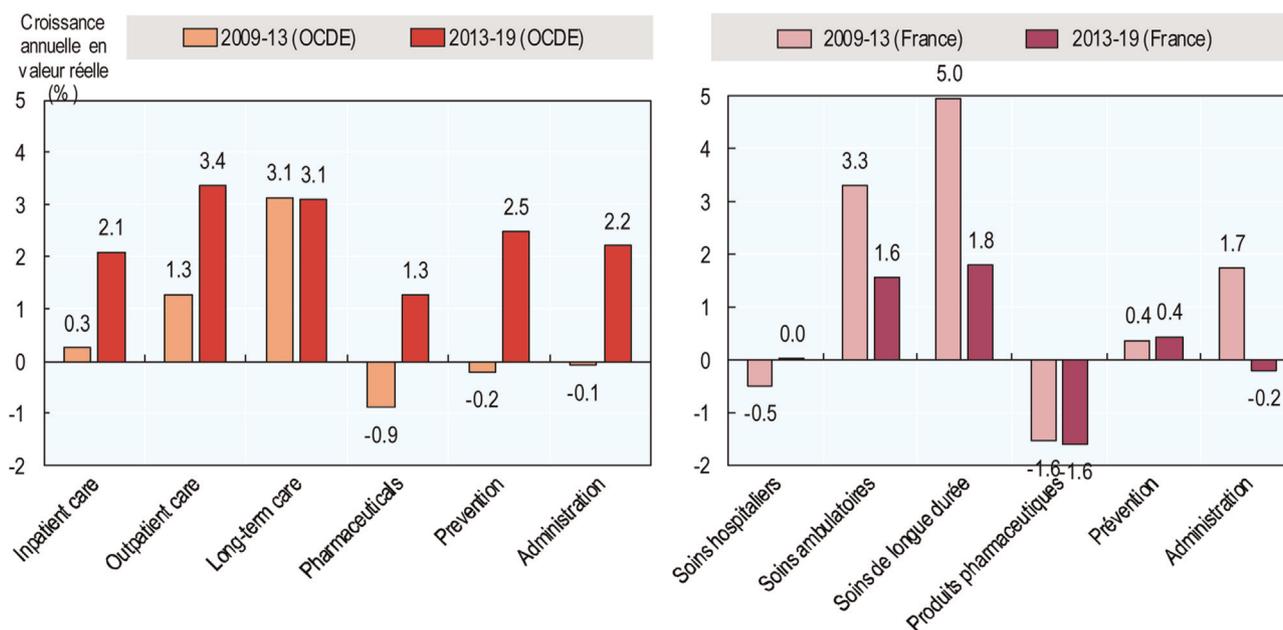


FIGURE 9

Croissance annuelle des dépenses de santé consacrées à un éventail de services (en valeur réelle), moyenne de l'OCDE et France, 2009-2013 et 2013-2019

consacrées aux services de soins curatifs ont été globalement maintenues dans de nombreux pays, tandis qu'il y a eu des réductions plus notables des dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques et aux services de prévention (figure 9).

De 2013 à 2019, cependant, la croissance des dépenses a rebondi dans presque toutes les fonctions de soins de santé. Cela a été le cas notamment pour les soins ambulatoires. En particulier, les dépenses allouées aux soins de longue durée ont continué d'augmenter à un rythme constant à partir de 2003, sachant que la demande pour ce type de services continue de croître avec le vieillissement des populations des pays de l'OCDE. Entre 2009 et 2013, la croissance des différents postes de dépenses de santé en France a suivi les tendances observées pour la moyenne OCDE, tandis que pour la période 2013-2019, les dépenses pour les différentes fonctions ont augmenté bien moins rapidement que les taux observés en moyenne dans les pays de l'OCDE, avec une stagnation des dépenses hospitalières, et des réductions pour les médicaments dispensés en ambulatoire et les dépenses d'administration.

Les différents facteurs responsables de la croissance exceptionnelle des dépenses estimée pour 2020 n'ont pas encore été clairement inventoriés, mais l'on peut s'attendre à ce que la forte croissance des dépenses allouées aux soins hospitaliers y ait contribué dans un certain nombre de pays.

L'éventail des activités pouvant être exercées par une même catégorie de prestataires est très variable d'un pays de l'OCDE

à l'autre, ce qui reflète les différences quant à la structure et l'organisation des systèmes de santé. C'est dans le secteur hospitalier que ces différences entre pays sont les plus prononcées (figure 10). Bien que les soins curatifs et de réadaptation dispensés aux patients hospitalisés définissent l'activité principale des hôpitaux et représentent donc la majorité de leurs dépenses, les hôpitaux peuvent également dispenser des soins ambulatoires dans de nombreux pays, par exemple par le biais des services d'urgences, des unités de consultations externes spécialisées ou des services d'examen de laboratoire et d'imagerie. Dans quelques pays, les hôpitaux sont également d'importants fournisseurs d'infrastructures de soins de longue durée pour patients hospitalisés.

En outre, ces dernières années, de nombreux pays ont également transféré certains services hospitaliers vers les services de jour en raison de gains d'efficacité potentiels et de la réduction des délais d'attente. En conséquence, les services de jour représentaient environ 20 % des dépenses hospitalières en Belgique et en France en 2019.

Étant donné que de nombreux pays ont alloué des ressources supplémentaires aux hôpitaux pour qu'ils puissent prendre en charge les cas graves de la COVID-19 et mieux se préparer aux futures hausses de la demande, la part des dépenses globales de santé consacrée aux hôpitaux pourrait avoir augmenté en 2020. La composition de la prestation des services dans les hôpitaux aura également très probablement changé dans

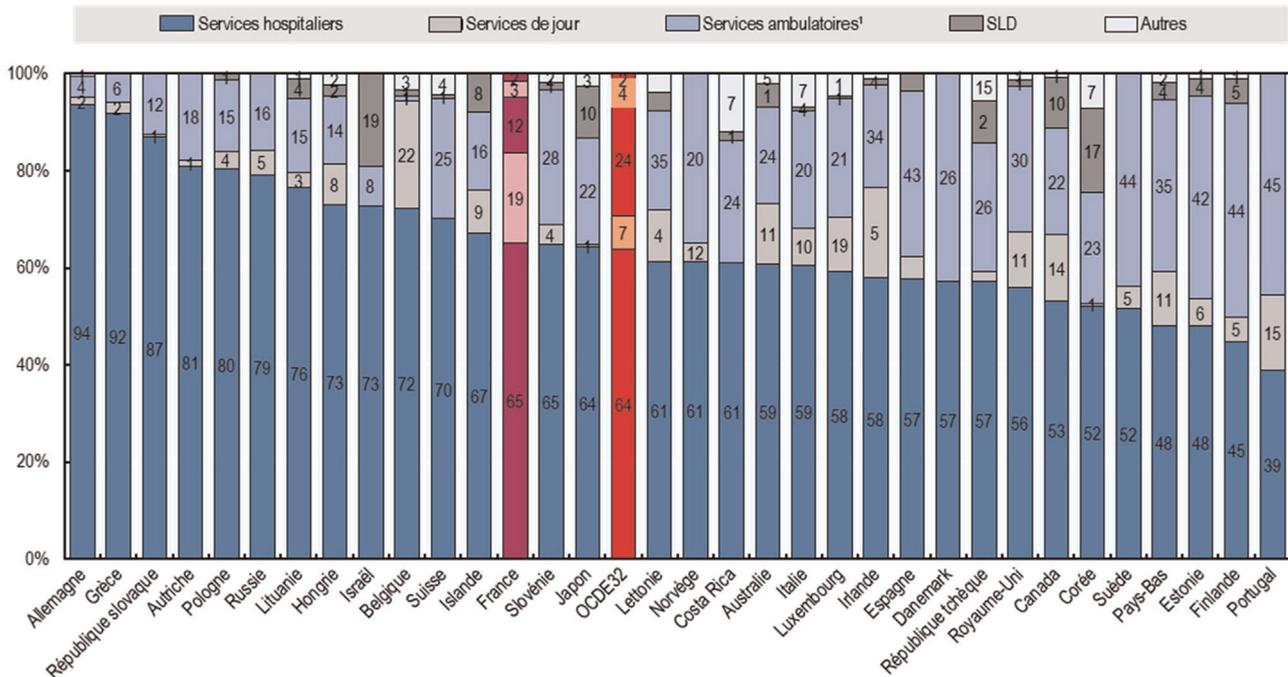


FIGURE 10
Dépenses hospitalières par type de service, 2019 (ou année la plus proche)

de nombreux pays, car les chirurgies non vitales ont été fréquemment reportées, et davantage de capacités d'hospitalisation ont été renforcées.

Le nombre et la composition du personnel des hôpitaux reflètent le rôle de ces derniers dans le système de soins

Le nombre et la composition des personnes travaillant dans les hôpitaux des pays de l'OCDE dépendent des rôles et fonctions que jouent les hôpitaux dans les systèmes de santé, notamment selon que les services spécialisés ambulatoires sont fournis dans les hôpitaux ou en dehors. Dans la plupart des pays dotés d'une couverture sanitaire universelle financée par l'impôt (systèmes de type service national de santé britannique, NHS), les services spécialisés ambulatoires sont généralement dispensés dans les hôpitaux publics. C'est le cas par exemple au Royaume-Uni, au Portugal et en Espagne. Dans d'autres pays, comme en Allemagne, aux États-Unis et en France, la plupart des services ambulatoires spécialisés sont dispensés en dehors des hôpitaux.

En 2019, avant la pandémie de la COVID-19, le nombre de personnes travaillant dans les hôpitaux, rapporté à la population totale, était au moins deux fois plus important en Suisse, au Royaume-Uni et aux États-Unis, par rapport au Chili, au Mexique, en Corée et en Grèce (figure 11). La France compte un nombre relativement important de personnels hospitaliers, mais il s'agit pour un tiers, de personnel non clinique (y compris personnel

administratif et des fonctions support), soit près du double de l'Allemagne.

Dans tous les pays, le personnel infirmier constitue la principale catégorie de personnel à l'hôpital, représentant plus d'un tiers de l'ensemble des emplois hospitaliers en moyenne dans les pays de l'OCDE. Dans la plupart des pays, entre 50 et 90 % du personnel infirmier travaille à l'hôpital. Dans certains pays, comme la France et le Portugal, les aides-soignants (ou auxiliaires de soins) constituent également une catégorie non négligeable de personnels hospitaliers. Les médecins représentent un travailleur hospitalier sur sept en moyenne dans les pays de l'OCDE, même si dans plusieurs pays, ce chiffre sous-estime le nombre de médecins qui travaillent au moins à temps partiel à l'hôpital.

Le nombre d'infirmiers travaillant à l'hôpital a augmenté assez rapidement entre 2010 et 2019 dans certains pays, comme l'Allemagne, les États-Unis et la Norvège, soit de 11 à 26 %. La hausse a été plus modeste en France, de l'ordre de 6 %. En revanche, le nombre d'infirmiers hospitaliers a reculé sur cette période en Italie et au Royaume-Uni (figure 12).

Pendant la pandémie de la COVID-19, de nombreux pays ont recruté d'urgence du personnel supplémentaire dans les hôpitaux afin de répondre à l'augmentation de la demande. La pandémie a également favorisé l'élaboration de nouveaux plans visant à accroître le recrutement de personnel hospitalier et à améliorer ses conditions de travail afin de motiver le

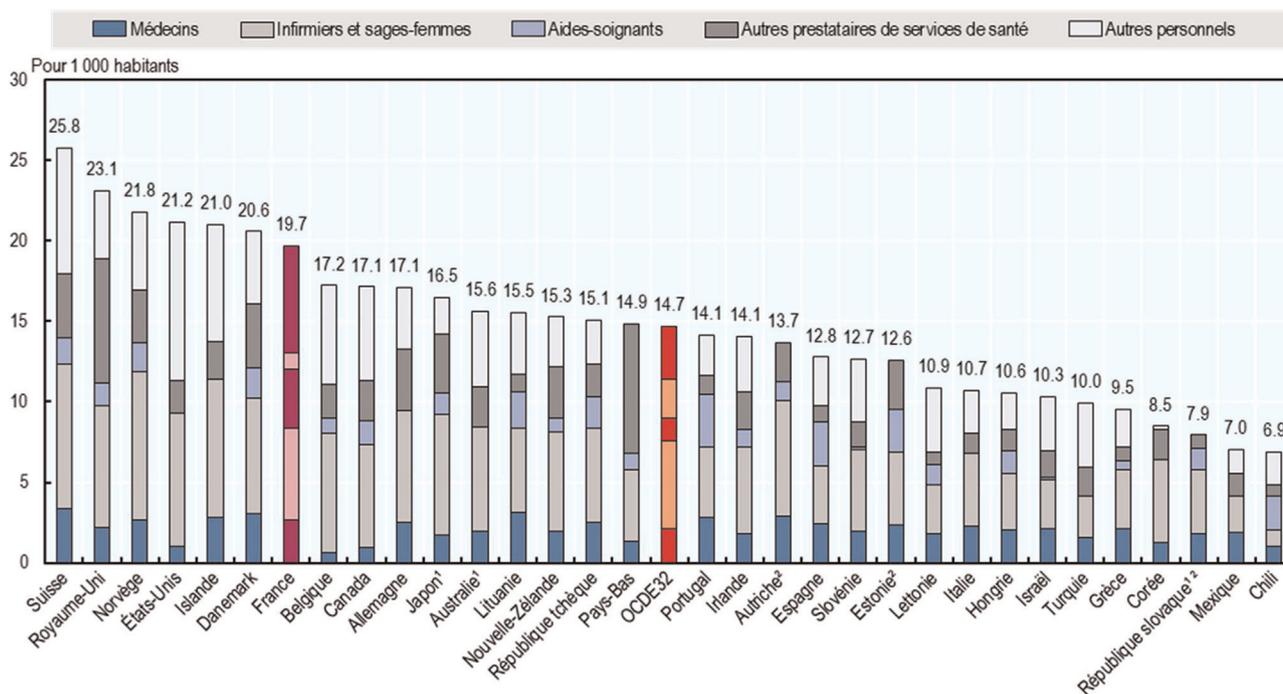


FIGURE 11
Personnel hospitalier pour 1000 habitants, 2019 (ou année la plus proche)

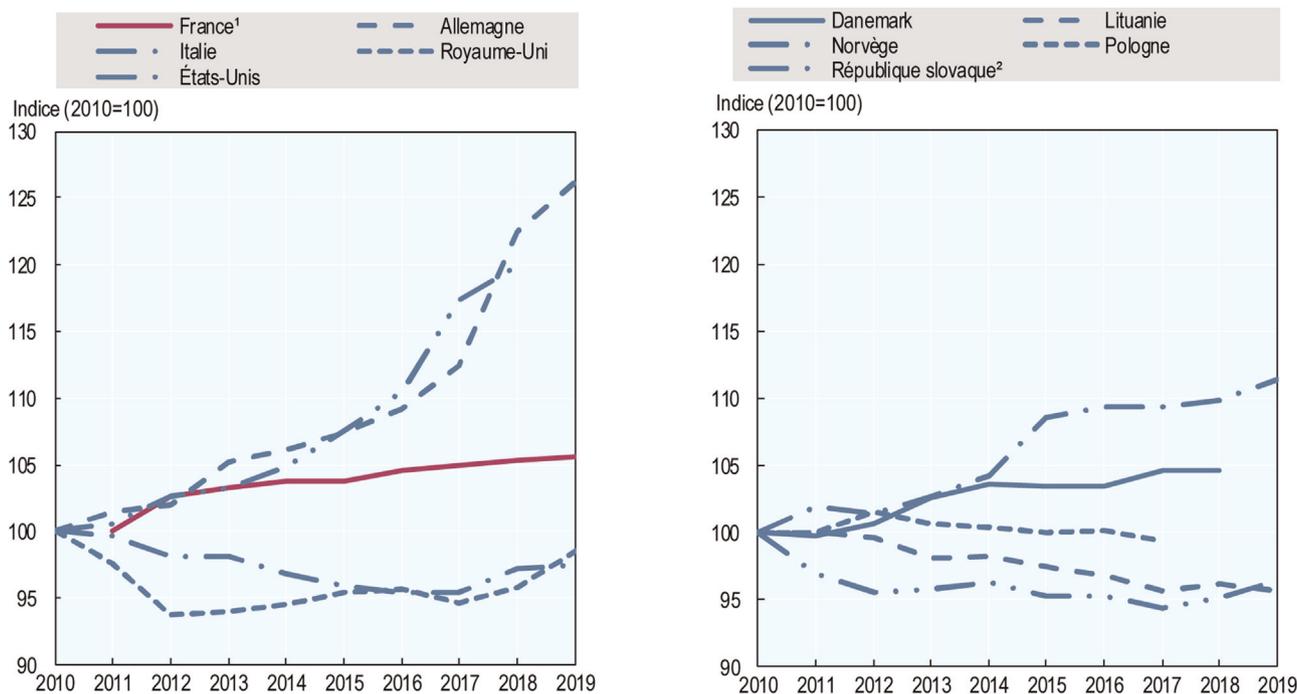


FIGURE 12
Évolution du nombre d'infirmiers hospitaliers, dans une sélection de pays de l'OCDE, 2010-2019 (ou année la plus proche)

personnel. Par exemple, en France, le gouvernement a instauré, en juillet 2020, un nouveau plan pluriannuel visant à renforcer les hôpitaux publics et à accroître les investissements dans le personnel de santé [3]. Pour le salaire moyen des infirmières (en parité de pouvoir d'achat) rapporté au salaire moyen du pays, la France était avant le Ségur de la Santé de juillet 2020 au 28^e rang des 32 pays de l'OCDE. Mais l'on sait que l'attractivité

des hôpitaux ne dépend pas que du salaire du personnel, elle dépend aussi des conditions de travail, du type de management et plus généralement des conditions de vie (logement, transports, crèches).

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] O.C.D.E.. Adaptive health financing: budgetary and health system responses to combat COVID-19. *OECD Journal on Budgeting* 2021;21(1):6-32. [doi: 10.1787/69b897fb-en](https://doi.org/10.1787/69b897fb-en).
- [2] Morgan D, Astolfi R. Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?. *OECD Health Working Papers* No 60. Paris: OECD Publishing; 2013.
- [3] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Country Health Profile 2021*. Brussels: OECD Publishing; 2021 [<https://www.oecd.org/france/>].