



Investir dans les systèmes de santé pour protéger la société et stimuler l'économie : Priorités et estimations de l'ordre de grandeur des coûts (version abrégée)

4 octobre 2022

La pandémie de COVID-19, la plus grave urgence de santé publique depuis plus d'un siècle, a été la cause d'une crise économique mondiale et marquera durablement la société. Cet événement sans précédent a révélé qu'il fallait d'urgence investir à bon escient pour renforcer la résilience des systèmes de santé. Il s'agit de *protéger* la santé des populations ; de *consolider* les fondements des systèmes de santé ; de *soutenir* les professionnels de santé travaillant en première ligne. Le présent rapport met en lumière un certain nombre de domaines dans lesquels il convient d'investir en priorité pour renforcer la résilience des systèmes de santé. Suivent des estimations de l'ordre de grandeur des coûts induits par de tels investissements, issues pour une bonne part de données et études analytiques de l'OCDE. Il en ressort que ces investissements prioritaires représenteraient 1.4 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (pour une amplitude comprise entre 0.6 et 2.5 %), à mettre en regard des dépenses antérieures à la crise, qui s'élevaient à 8.8 % du PIB. Par des dépenses ciblées, combinées à des mesures de lutte contre le gaspillage, il doit être possible d'atténuer l'augmentation globale des dépenses de santé à moyen et long termes.



Résumé

Plus de deux ans et demi après le début de la pandémie, les pays du monde entier continuent d'en ressentir les conséquences. La pandémie de COVID-19, la plus grave urgence de santé publique depuis plus d'un siècle, a été la cause d'une crise économique mondiale et marquera durablement la société. Le coronavirus continue de faucher des vies, beaucoup de malades en garderont longtemps des séquelles (physiques ou morales), tandis que les systèmes de santé peinent à reprendre un fonctionnement normal après les graves perturbations qu'ils ont connues.

Ces conséquences préjudiciables nous révèlent qu'il faut d'urgence investir intelligemment pour renforcer la résilience des systèmes de santé – ce qui implique de protéger la santé des populations ; de consolider les fondements des systèmes de santé ; de soutenir les professionnels de santé travaillant en première ligne – afin que les pays soient en mesure de faire face non seulement à l'évolution des pandémies, mais aussi à d'autres chocs, qu'ils soient d'origine naturelle ou humaine. Les retombées de tels investissements ne se limitent pas, tant s'en faut, à leurs bénéfiques sanitaires directs. Des systèmes de santé plus résilients sont indispensables à des économies plus fortes et elles aussi plus résilientes – avec à la clé d'importants avantages économiques et sociétaux dans la mesure où, avec une société en meilleure santé et mieux préparée, il sera possible d'éviter, en cas de crises futures, des mesures de confinement strictes et coûteuses.

À partir de données et d'études analytiques de l'OCDE, il a été possible d'estimer que le coût de tels investissements serait de l'ordre de 1.4 % du PIB moyen de l'OCDE (avec une amplitude comprise entre 0.6 et 2.5 % selon les pays). Le coût total des investissements est replacé dans le contexte qui prévalait avant la pandémie, c'est-à-dire qu'il est mis en regard de l'ensemble des dépenses de santé de l'année 2019 – dont il représente environ 9 % à l'échelle de l'OCDE, soit 627 milliards USD (ou 460 USD par habitant). C'est l'équivalent des dépenses publiques consacrées aux médicaments délivrés sur ordonnance dans toute la zone. D'aucuns pourraient considérer que la forte progression, de 0.9 point de pourcentage, du rapport des dépenses de santé au PIB en 2020 et 2021 marque une avancée sensible dans le sens voulu. Cependant, cette progression des dépenses, en termes relatifs, s'explique à la fois par la nette contraction du PIB et par le déblocage en urgence de nouvelles ressources pour aider le secteur de la santé à faire face à la crise. Une bonne partie de ce surcroît de dépenses a pris la forme de fonds consacrés à la lutte contre la pandémie plutôt qu'à des investissements de long terme destinés à renforcer la résilience.

La Division de la santé de l'OCDE a déjà mis en évidence, dans d'autres travaux, les économies considérables que le secteur de la santé peut réaliser s'il s'attaque aux dépenses inutiles et accroît son efficacité. Par des dépenses ciblées, combinées à des mesures de lutte contre le gaspillage, il doit être possible d'atténuer l'augmentation globale des dépenses de santé à moyen et long termes.

Le concept de résilience qui sous-tend cette analyse englobe la préparation, mais ne s'y limite pas. En d'autres termes, la résilience est définie comme la capacité des systèmes à anticiper et absorber les chocs majeurs, comme celui du COVID-19 (OCDE, 2021^[1]), ainsi qu'à s'y adapter et s'en remettre. La résilience ne consiste pas simplement à minimiser les risques et à éviter les chocs : elle repose également sur le constat que ces chocs se produiront. On entend par chocs des événements aux conséquences de portée considérable, qui perturbent profondément le fonctionnement de la société. Outre le COVID-19, cela englobe d'autres agents pathogènes ou maladies émergentes extrêmement contagieux, ainsi que les catastrophes, naturelles ou d'origine humaine, susceptibles de faire croître fortement la demande de soins. Les axes d'investissements et les estimations de coûts valent aussi bien pour lutter contre le COVID-19 que pour faire face à d'autres chocs violents.



Principaux investissements nécessaires au renforcement de la résilience des systèmes de santé

Les investissements propres à renforcer la résilience des systèmes de santé peuvent être regroupés selon trois grands piliers (Graphique 1) qui consistent à :

- *Protéger* la santé des individus
- *Consolider* les fondements des systèmes de santé
- *Soutenir* les professionnels de santé travaillant en première ligne

Les investissements clés au titre de chacun de ces piliers sont indiqués. Ils ont été définis à la lumière de données récentes sur les politiques les plus efficaces en matière de lutte contre le COVID-19, combinées à des données portant sur la gestion de précédents chocs de santé majeurs (voir la Plateforme numérique de l'OCDE consacrée à la lutte contre le coronavirus, <https://www.oecd.org/coronavirus>). Ils ont pour avantage de rendre les systèmes de santé mieux à même de faire face à des phénomènes progressifs, comme l'évolution démographique ou le poids croissant des maladies chroniques.

Graphique 1. Piliers du renforcement de la résilience des systèmes de santé



Crédits images : © Shutterstock.com/Julia Tim ; © Shutterstock.com/JMiiks et © Shutterstock.com/SanXuan.

S'ils mobilisent des ressources à la fois dans l'immédiat et dans la durée, ces investissements prioritaires sont particulièrement rentables – aussi bien en temps normal que pendant une pandémie ou lors d'autres chocs sanitaires potentiels. Nous nous intéresserons ici au coût de leur mise en œuvre dans les systèmes de santé. Le montant des investissements supplémentaires nécessaires variera d'un pays à l'autre, en fonction des capacités existantes, chaque pays ayant des domaines où il lui faudra investir davantage et d'autres où il ne lui sera peut-être pas nécessaire d'accroître ses dépenses. Le fait est que, alors que la pandémie en est à sa troisième année, de nombreux pays ont d'ores et déjà commencé à remédier sérieusement aux défauts d'investissement mis au jour. Ces variations se reflètent dans la fourchette des estimations, même si les coûts indiqués donnent un ordre de grandeur plutôt que le résultat d'une quelconque analyse précise.

Les estimations des coûts reposent pour une bonne part sur un riche ensemble d'informations issues des Statistiques de l'OCDE sur la santé et d'études produites récemment par l'Organisation, complété par des données épidémiologiques plus détaillées et des estimations de coûts unitaires de quelques-uns des principaux intrants, provenant de sources tierces. Ces estimations – exprimées en pourcentages de PIB supplémentaires – donnent une idée de l'ampleur des investissements nécessaires pour renforcer la résilience des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE, tout en rendant compte des disparités entre pays en la matière. Pour un exposé plus complet de la démarche méthodologique, on se reportera à Morgan et James (2022^[2]) dont la présente synthèse est tirée.

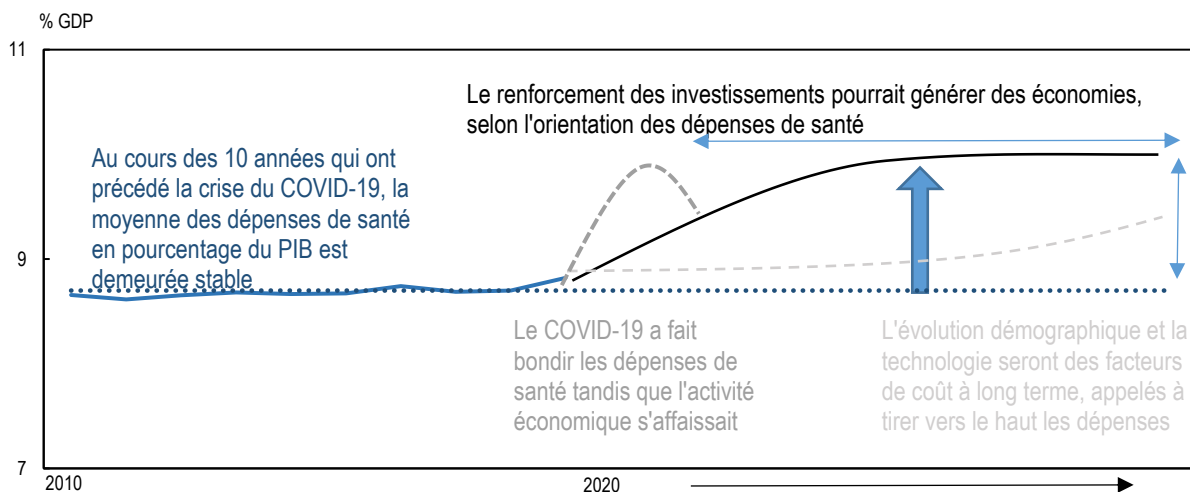
INVESTIR DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR PROTÉGER LA SOCIÉTÉ ET STIMULER L'ÉCONOMIE : PRIORITÉS ET ESTIMATIONS DE L'ORDRE DE GRANDEUR DES COÛTS (VERSION ABRÉGÉE) © OCDE 2022



Quel sera le coût des investissements nécessaires pour renforcer la résilience des systèmes de santé ?

Au total, on estime que les sept investissements clés recensés dans cette synthèse représentent environ 1.4 % du PIB (dont 0.13 % de dépenses d'investissement), en moyenne, dans les pays de l'OCDE, sachant qu'avant la pandémie, les dépenses représentaient 8.8 % du PIB. En d'autres termes, si tous ces investissements étaient venus s'ajouter aux dépenses de santé existantes, le rapport moyen des dépenses de santé au PIB dans la zone OCDE s'établirait à 10.1 %, contre un niveau de référence de 8.8 % correspondant à l'année 2019. La trajectoire d'investissement a été établie en partant du principe qu'une augmentation de cet ordre du ratio dépenses publiques de santé/PIB interviendra à moyen terme (Graphique 2). Le coût total de ces investissements varie de 0.6 % à 2.5 %, selon le montant des dépenses déjà engagées par un pays donné dans certains des domaines visés.

Graphique 2. Trajectoire : incidences à moyen terme, sur les dépenses, d'un investissement accru en faveur de la résilience des systèmes de santé

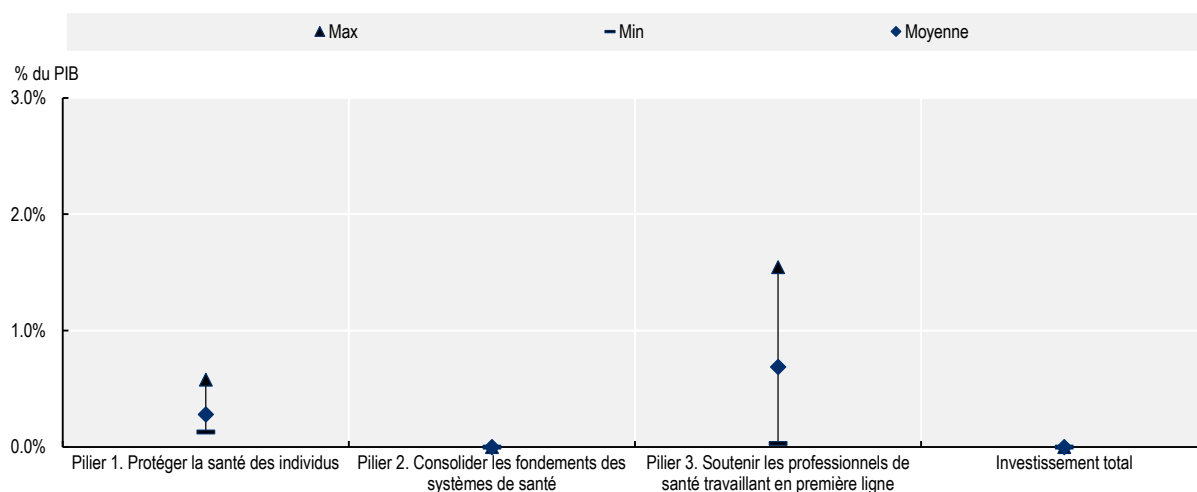


Source : calculs du Secrétariat.

Le renforcement des effectifs de professionnels de santé travaillant en première ligne représente plus de la moitié de cet investissement, soit environ 0.7 % du PIB, en moyenne. Les dépenses supplémentaires consacrées à la prévention devraient coûter environ 0.3 % du PIB, en moyenne (Pilier 1). Ces deux objectifs concordent dans l'ensemble avec les résultats d'analyses récentes sur la foi desquels les pays ont été appelés à consacrer 1 % de PIB supplémentaire aux soins primaires (OMS, 2019^[31]). Par ailleurs, les investissements fondateurs dans le matériel de base et une meilleure exploitation des informations sanitaires devraient coûter en moyenne 0.4 % du PIB selon les estimations (Pilier 2).



Graphique 3. Fourchette des investissements par pilier, en pourcentage du PIB (base de référence : 2019)



Source : calculs du Secrétariat de l'OCDE.

Pilier 1 : Protéger la santé des individus

Investissement 1 : Améliorer les soins préventifs

Les soins préventifs sont l'une des pierres angulaires d'un système de santé efficace. En termes de santé publique, que les interventions soient ciblées sur les individus ou les populations, l'objectif est d'améliorer l'état de santé et de maintenir un niveau de risque faible s'agissant des maladies, des troubles ou des affections. Autrement dit, les mesures relatives à l'efficacité des soins préventifs limitent l'apparition de nouvelles maladies et réduisent l'incidence des maladies connues, qu'elles soient contagieuses ou non.

À l'échelle de la population générale, la pandémie de COVID-19 a apporté la preuve qu'un **système de surveillance de la santé publique**, s'il est efficace, est un bon moyen d'améliorer l'état de préparation, notamment pour ce qui est de suivre et contrôler la propagation d'une maladie infectieuse (OCDE/Union européenne, 2020^[41]). Cela exige un système de santé publique performant à l'échelon national et régional, doté d'un personnel expérimenté, d'équipements de diagnostic suffisants et de la capacité à renforcer rapidement le dépistage et le suivi face à de futures crises de santé publique.

S'il est de plus en plus largement établi que les mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent, pour beaucoup d'entre elles, assurer de meilleurs résultats pour un coût relativement faible, les données sur les dépenses de santé montrent que seuls 2.7 % environ de l'ensemble de ces dépenses sont consacrées à la prévention (Gmeinder, Morgan et Mueller, 2017^[5]). Après prise en compte d'un ensemble de mesures de santé publique, une légère augmentation des dépenses allouées à la prévention (à hauteur de 0.3 % du PIB), qui les porterait au niveau des systèmes de santé de l'OCDE les plus performants, devrait procurer les ressources nécessaires pour faire face aux crises à venir.

Le COVID-19 révèle à quel point il est important que **les établissements de santé observent des mesures rigoureuses de prévention et de maîtrise des infections**. Cela passe, par exemple, par un certain nombre de précautions de bon sens de la part des travailleurs de la santé et des soins de longue durée, en ce qui concerne plus particulièrement l'hygiène des mains, la propreté des locaux, la désinfection des équipements médicaux, les techniques d'asepsie et les règles de sécurité des injections (OMS, 2021^[6]). Le renforcement de la **résistance aux antimicrobiens (RAM)** ne laisse pas de préoccuper depuis

INVESTIR DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR PROTÉGER LA SOCIÉTÉ ET STIMULER L'ÉCONOMIE : PRIORITÉS ET ESTIMATIONS DE L'ORDRE DE GRANDEUR DES COÛTS (VERSION ABRÉGÉE) © OCDE 2022



quelques années. Dans son rapport intitulé *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, l'OCDE a fait apparaître qu'il est possible de réduire considérablement la menace pour la santé publique par quelques mesures peu onéreuses au regard de leur efficacité, parmi lesquelles la lutte contre la surprescription d'antibiotiques, la réalisation de tests rapides permettant de déterminer si les patients présentent une infection d'origine virale ou bactérienne, la non-utilisation des antibiotiques en première intention et la promotion de l'hygiène (OCDE, 2018^[7]).

Accroître les investissements dans la promotion de la santé et la prévention des maladies améliore également l'état de santé des individus. En dépit des nets progrès accomplis dans certains domaines, dont ceux du dépistage préventif du cancer, des mesures de lutte contre le tabagisme et la consommation d'alcool et de promotion d'une alimentation saine, il y a encore beaucoup à faire pour réduire les **principaux facteurs de risques pour la santé** que sont la consommation d'alcool, le tabagisme, la consommation d'opioïdes et l'obésité. Ces facteurs augmentent non seulement le risque de maladies non transmissibles, mais ils rendent également les individus beaucoup plus vulnérables face au COVID-19 et à d'autres maladies infectieuses, ainsi qu'à certaines situations de crise.

L'OCDE, dans son rapport intitulé *Prévenir la consommation nocive d'alcool*, paru en 2021 ; a dressé la liste des interventions les plus efficaces face à la **consommation nocive d'alcool** : alourdissement des taxes, encadrement de la publicité, contrôles d'alcoolémie pour lutter contre la conduite en état d'ivresse et conseils sur la consommation d'alcool dans le cadre des soins primaires (OCDE, 2021^[8]). D'autres mesures innovantes sont préconisées, parmi lesquelles la détermination de prix unitaires minimums et l'interdiction formelle de la publicité pour les boissons alcoolisées auprès des enfants.

En ce qui concerne l'**obésité** l'OCDE, dans son rapport *The Heavy Burden of Obesity*, cite l'étiquetage des produits alimentaires, l'encadrement de la publicité et les campagnes médiatiques au nombre des principales mesures déjà mises en œuvre – à des degrés divers – par une bonne partie de ses Membres (OCDE, 2019^[9]). D'autres mesures encore s'annoncent prometteuses en ce domaine, ainsi l'affichage nutritionnel sur les menus, la prescription d'activité physique et les programmes de bien-être au travail.

Les autres problèmes de santé publique, comme le **tabagisme et la toxicomanie** (OCDE, 2019^[10]) n'ont pas fait à ce jour l'objet d'une évaluation aussi poussée, à l'échelle internationale, des coûts induits par la mise en place d'un ensemble approprié de mesures. On peut toutefois imaginer que l'investissement sera d'un niveau comparable à celui demandé par les mesures de lutte contre la consommation excessive d'alcool. Dans l'ensemble, les différentes interventions des pouvoirs publics représenteraient un modeste surcroît de dépenses, de l'ordre de 15 USD par habitant.

Investissement 2 : Programmes destinés à la population générale

Outre le renforcement de leur système de santé publique, les pays doivent se préparer au déploiement de programmes destinés à la population générale et visant à préserver la santé de tout un chacun et à traverser les phases les plus aiguës d'une crise sanitaire. En ce qui concerne le COVID-19, la planification et le déploiement de campagnes de **vaccination** en est l'exemple par excellence. Il s'agit de prévoir les dépenses de personnel et autres coûts liés à la vaccination, ainsi que le coût des vaccins eux-mêmes. Il est à noter que ces estimations de coûts ne tiennent pas compte des coûts de R-D liés à la mise au point de nouveaux vaccins et traitements contre le COVID-19 et autres nouveaux pathogènes. Le **dépistage** se révèle être un important auxiliaire, avant l'ouverture des campagnes de vaccination et en parallèle à celles-ci, et en particulier aux différents stades d'une pandémie.

Les campagnes de vaccination générale ont permis de réduire le risque de contracter une forme grave de COVID-19 et, partant, les hospitalisations. La plupart des pays membres de l'OCDE se sont donné pour but d'administrer deux ou trois doses de vaccin à une vaste majorité de la population. On ne saurait dire pour l'heure à quelle fréquence les rappels de vaccination seront nécessaires. D'aucuns chercheurs indiquent, sur la foi de données récentes, que trois doses suffisent à protéger durablement contre les



nouveaux variants, et contre ceux que l'on connaît déjà, tandis que d'autres insistent sur les cas de « COVID-long » et soulignent la nécessité de mener chaque année des campagnes de vaccination contre la grippe, au moins pour les groupes les plus vulnérables (Dolgin, 2021^[11] ; Muecksch et al., 2022^[12] ; Rubin, 2021^[13]).

En ce qui concerne les vaccins, si le coût d'achat d'un vaccin contre le COVID-19 était à l'origine extrêmement variable, les médias¹ ont donné une fourchette comprise entre 3 USD et plus de 30 USD par dose. Comme pour les dépistages à grande échelle, ces coûts devraient diminuer avec le temps. Néanmoins, ils n'incluent pas les coûts de la vaccination proprement dite. Une étude exhaustive portant sur le coût total (y compris le coût de l'inoculation) de la vaccination contre 17 agents pathogènes sur toute la durée de la vie dans sept pays d'Europe occidentale indique une fourchette allant du simple au quintuple, soit de 44 à 226 EUR par agent pathogène (Ethgen et al., 2016^[14]). En limitant ces estimations aux seuls coûts de vaccination des individus en bonne santé (par rapport à la vaccination de personnes souffrant de complications médicales), on obtient une fourchette de 37 à 132 EUR.

Pour ce qui est du dépistage, les données recueillies auprès de huit pays de l'OCDE quant au coût d'un test PCR, ainsi que les coûts de livraison et de laboratoire associés, indiquent une moyenne d'environ 80 USD par personne (dans une fourchette comprise entre 55 et 100 USD environ). Là encore, les coûts unitaires des tests tendent à baisser – du fait, par exemple, de l'utilisation accrue des tests antigéniques pour le COVID-19, qui fournissent un premier résultat sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un laboratoire. Toutefois, ces possibles baisses du coût des vaccins et des tests au fil du temps ne sont pas prises en compte dans les estimations.

Pour obtenir une estimation du niveau de dépenses nécessaire pour assurer l'efficacité des tests et des vaccinations chaque année, les estimations de coûts unitaires sont combinées avec la part de la population qui devrait avoir besoin de chacune de ces interventions. Par souci de simplicité, on a considéré qu'il y avait un rapport de un pour un entre les tests à grande échelle et les vaccinations. En d'autres termes, à mesure que les vaccinations augmentent, les tests sont simultanément réduits dans les mêmes proportions.

Compte tenu de l'incertitude qui entoure la disponibilité des vaccins, l'efficacité de ces derniers pour ce qui est de réduire la gravité des symptômes et le nombre de tests de diagnostic nécessaires, plusieurs scénarios ont été étudiés. Dans un scénario bas, 40 % de la population âgée de moins de 65 ans est testée ou vaccinée contre le COVID-19 chaque année, contre 80 % de la population âgée de 65 ans et plus. Dans un scénario haut, 80 % des personnes de moins de 65 ans sont testées ou vaccinées chaque année, contre 95 % des personnes de 65 ans et plus. Dans un scénario intermédiaire, 60 % des personnes de moins de 65 ans sont testées ou vaccinées chaque année, contre 80 % des personnes plus âgées. Si l'on conjugue ce dernier scénario avec un coût unitaire de 100 USD pour un test de diagnostic ou une vaccination, les dépenses supplémentaires nécessaires s'élèvent à 0.15 % du PIB en moyenne, dans une fourchette comprise entre 0.05 et 0.35 %.

Le COVID-19 a souligné d'autre part l'importance de s'assurer des stocks suffisants d'**équipements de protection individuelle (EPI)** pour les phases les plus aiguës d'une éventuelle crise sanitaire. Tous les pays devront être capables de faire monter en puissance la fourniture d'EPI et les capacités de dépistage en prévision de nouvelles vagues de COVID-19 ou, bien sûr, d'autres épidémies dues à un nouvel agent pathogène infectieux.

S'agissant d'entretenir des stocks d'EPI suffisants pour traverser la phase la plus aiguë d'une crise sanitaire, les estimations des besoins de dépenses supplémentaires sont fondées sur la présence, dans les établissements hospitaliers, les structures de soins primaires et les établissements de soins de longue durée, de stocks permettant de faire face à une vague de 100 jours de pandémie de COVID-19 (ou d'autres agents pathogènes nouveaux présentant une infectiosité équivalente). Les quantités d'EPI spécifiques

¹ Voir, par exemple : <https://www.ft.com/content/80f20d71-d7eb-4386-b0f2-0b19e4aed94d>.



nécessaires sont calculées à partir d'un modèle épidémiologique développé par l'Université Johns Hopkins – besoins supplémentaires en EPI supérieurs à ce qui est nécessaire en temps normal (Johns Hopkins University, 2020^[15]). Selon les calculs du modèle, 10.28 gants, 0.97 blouse d'isolation, 0.54 masque médical et 0.17 masque N95 seront nécessaires par habitant pendant une vague de 100 jours (en moyenne), en parallèle à l'application durable de mesures d'élimination des risques. Le présent rapport tient en outre compte des besoins en visières et en lunettes de protection. Si l'on multiplie ces chiffres par les estimations de coûts unitaires de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020^[16]) auxquelles on ajoute une marge de 10 %, on obtient un coût moyen de 10.75 USD par habitant pour constituer un stock suffisant d'EPI dans différentes structures de soins de santé et de soins de longue durée. Les estimations ne tiennent pas compte des conséquences d'une éventuelle rupture des chaînes d'approvisionnement qui résulterait, par exemple, de tensions géopolitiques ou commerciales.

Pilier 2 : Consolider les fondements des systèmes de santé

Investissement 3 : Disposer de matériel de base en quantité suffisante

La crise du COVID-19 a mis à très rude épreuve les systèmes de santé et les hôpitaux. Certains pays ne disposaient pas de ressources physiques suffisantes, notamment en termes de lits d'hôpital et d'autres équipements médicaux, pour faire face à l'afflux soudain de patients atteints du COVID-19 et assurer leur prise en charge (OCDE/Union européenne, 2020^[4]). Pour renforcer la résilience globale des systèmes de santé et continuer à satisfaire aux normes de soin en cas de choc sanitaire, il est primordial d'investir dans le matériel de base pour assurer un certain niveau de services. Si l'on dispose d'équipements médicaux suffisants dans les unités de soins intensifs et les autres structures, on évite des retards potentiellement catastrophiques dans le diagnostic et le traitement des patients, et on réduit au minimum le risque de se retrouver avec un nombre plus important de patients que de lits. Veiller à ce que des moyens suffisants soient disponibles en temps de crise peut toutefois aussi revenir à disposer de capacités excédentaires en temps normal.

Les équipements non médicaux sont également importants, notamment les ordinateurs et les autres matériels informatiques. Une infrastructure informatique physique adéquate permet aux professionnels de santé formés de mieux surveiller la santé des patients, tant dans les situations d'urgence que sur le long terme. Utilisée correctement, la télémédecine offre la possibilité d'adapter la prise en charge aux besoins des patients, ce qui se traduit par des niveaux accrus de qualité et d'efficacité.

Il n'existe pas de directives contraignantes ou de normes internationales de référence concernant le niveau optimal de **matériel et de technologie**, comme en témoigne la forte variabilité constatée dans la zone OCDE. En effet, certains équipements peuvent être excédentaires par rapport aux besoins, et ce surplus doit être mis en balance avec le coût d'opportunité du matériel insuffisamment utilisé en temps normal. Ce qui est clair toutefois, c'est l'importance cruciale de conserver des capacités disponibles pour faire face aux périodes de pointe ; un investissement trop limité dans le matériel médical entraînera des tensions dans la prestation des services et la fourniture de soins préventifs, ce qui compromettra la résilience des systèmes de santé.

En moyenne, les pays de l'OCDE investissent chaque année 0.25 % environ de leur PIB dans le secteur médico-social, s'agissant des transports, des machines et des équipements (médicaux et non médicaux) ainsi que du matériel informatique. En s'appuyant sur le scénario selon lequel tous les pays de l'OCDE devraient atteindre le 75^e centile en termes d'investissements annuels en matériel, cela se traduirait par une augmentation moyenne de 0.08 % en proportion du PIB.

La même approche permet de déterminer le niveau de dépenses d'investissement qui est nécessaire pour préserver la capacité de réaction des systèmes d'information sur la santé, en plus du matériel informatique physique, c'est-à-dire les dépenses consacrées au développement de **logiciels et de bases de données**



dans le secteur médico-social. Une hausse des dépenses d'investissement visant à les porter au 75^e centile équivaldrait à une augmentation moyenne de 0.05 %.

Investissement 4 : Exploiter efficacement les informations sur la santé

Outre les dépenses d'investissement, il est essentiel de mieux **utiliser les données de santé** produites. Il existe en effet des défaillances persistantes dans le secteur de la santé, un secteur où les bonnes décisions peuvent avoir des effets considérables mais qui reste « riche en données et pauvre en informations ». Il faut améliorer les liaisons informatiques pour transférer l'information là où elle est nécessaire, non seulement au sein du système de santé mais aussi à l'extérieur ; par exemple, faciliter le processus décisionnel à l'échelle de l'ensemble de l'administration en mettant en balance les informations sur les capacités des systèmes de santé et les décisions d'endiguement et d'atténuation.

L'utilisation judicieuse des données médicales de routine améliore les mesures d'endiguement et d'atténuation des pandémies, notamment les systèmes d'alerte précoce, et permet aux patients de recevoir les soins adaptés à leurs besoins (notamment avec le recours accru à la télémédecine) et d'être correctement suivis. Pour renforcer la confiance dans les solutions numériques de santé, il est nécessaire de veiller à ce que l'utilisation de ces données à caractère personnel se fasse de manière responsable et éclairée. Il s'agit notamment de protéger la vie privée et les données à caractère personnel, de garantir la sécurité numérique et de promouvoir l'interopérabilité et la gouvernance des données de santé.

Le rapport de l'OCDE *Health in the 21st Century* conclut que la santé est à la traîne par rapport à de nombreux autres secteurs de l'économie pour ce qui est de tirer parti des possibilités offertes par les données et les technologies numériques, ratant ainsi l'occasion de sauver un nombre considérable de vies et d'économiser plusieurs milliards de dollars (OCDE, 2019_[17]). Il conclut en outre qu'il est nécessaire et prudent de doubler les niveaux d'investissement actuels pour promouvoir une utilisation plus intelligente des données à des fins d'information et de connaissance, et que cela pourrait se traduire par un rendement confortable de l'ordre de 3 pour 1 environ.

Si l'on part du principe que les pays où les dépenses sont globalement plus élevées sont déjà plus avancés dans l'exploitation de leurs données et de leurs informations sur la santé, on applique une fourchette d'investissement supplémentaire inversement proportionnelle correspondant à 2-4 % des dépenses de santé, conformément au rapport de l'OCDE *Health in the 21st Century*. En s'appuyant sur les données relatives aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2019, le niveau d'investissement supplémentaire équivaldrait à 0.26 % du PIB.

Pilier 3 : Soutenir les professionnels de santé travaillant en première ligne

Investissement 5 : Disposer d'effectifs suffisants dans les secteurs de la santé et de la dépendance

Pour renforcer la résilience des systèmes de santé, il faut une ligne de front plus solide. Les inquiétudes s'accumulent depuis plusieurs années quant aux difficultés à maintenir les effectifs et aux pénuries de main-d'œuvre et de compétences qui en découlent. Les pressions accrues liées au changement démographique et aux besoins de la population, ainsi que les craintes que suscite le départ prochain à la retraite d'une génération plus âgée de médecins et de personnels infirmiers, devraient venir aggraver ces pénuries (OCDE, 2016_[18]).

Il est essentiel de se doter d'un nombre suffisant de **professionnels qualifiés des secteurs de la santé et de la prise en charge**, aussi bien dans les hôpitaux que dans les soins primaires et les soins de longue durée. Un renforcement des effectifs améliore la prestation de services, ce qui permet de gérer efficacement les cas de COVID-19 (ou les personnes hospitalisées en raison d'autres types de chocs



sanitaires) tout en préservant aussi les services à tous les niveaux du système de santé pour répondre aux autres besoins de soins de santé.

Avec la pandémie, les pouvoirs publics comme les citoyens ont davantage pris conscience du fait que le personnel soignant méritait d'être mieux reconnu pour leurs compétences, leurs responsabilités et l'empathie dont ils font preuve au quotidien. Au cours de la première vague de la pandémie et des suivantes, les professionnels de la santé et de la prise en charge ont été en première ligne, effectuant de longues journées de travail dans des conditions difficiles, et étant confrontés à un risque accru d'infection, de maladie grave et de décès.

L'estimation des coûts des besoins d'investissement se décompose en deux éléments : (1) le coût lié au fait de disposer d'effectifs suffisants de professionnels de la santé et de la dépendance, et (2) le coût lié à l'amélioration de la compétitivité des salaires des catégories essentielles de professionnels de la santé et de la dépendance.

Constituer des effectifs suffisants de personnels de santé

Compte tenu des nombreux facteurs qui déterminent la densité optimale des professionnels de santé dans un pays - caractéristiques démographiques et pathologiques, caractéristiques géographiques et rurales/urbaines ou organisation des soins entre les prestataires - une simple comparaison internationale fournit des estimations de l'ordre de grandeur des coûts liés au renforcement nécessaire des effectifs dans les pays où les professionnels de santé sont relativement peu nombreux.

Des seuils divers ont été proposés pour déterminer les densités des professionnels de santé. L'édition de 2006 du Rapport sur la situation dans le monde a établi à 2.3 agents qualifiés de santé (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 1 000 habitants le seuil de densité utilisé pour suivre l'avancement des travaux en vue de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD). Le rapport *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* a pris en considération un seuil actualisé de 4.45 agents de santé pour 1 000 habitants afin de tenir compte de l'éventail élargi de services ciblés par la couverture sanitaire universelle et les ODD, tout en reconnaissant que les systèmes de santé des pays de l'OCDE ne se contentent pas de fournir des services de santé essentiels, affichant une densité d'agents de santé supérieure à ce seuil (OMS, 2016^[19]). De façon plus pertinente, dans l'analyse réalisée dans le cadre de l'étude de 2019 « Global Burden of Disease » pour évaluer les ressources humaines de la santé eu égard à la couverture sanitaire universelle, l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) a calculé les niveaux de densité des agents de santé (3.54 médecins et 11.45 infirmières/sages-femmes pour 1 000 habitants) qui sont requis pour atteindre un objectif de résultat de 90 sur 100 eu égard à l'indice de couverture sanitaire universelle (GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators, 2022^[20]).

Pour porter la densité de médecins à ce seuil (dans l'hypothèse du maintien des niveaux actuels de leur rémunération) dans tous les pays de l'OCDE, il faudrait investir en moyenne 0.15 % du PIB. L'augmentation des effectifs infirmiers dans les pays de l'OCDE en vue d'atteindre ce seuil nécessiterait un investissement supplémentaire d'environ 0.33 % du PIB en moyenne.

Le nombre d'auxiliaires de vie dans le secteur des soins de longue durée s'est également révélé essentiel pour atténuer les effets de la pandémie sur la population âgée. Même certains pays de l'OCDE à revenu élevé parmi les mieux dotés en personnel ne jugent pas satisfaisants les effectifs disponibles sur leur territoire dans le secteur des soins de longue durée (Colombo et al., 2011^[21]). Une étude de l'OIT sur les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée a cherché à établir un seuil minimal pour la prestation des soins, sur la base de la valeur médiane pondérée par la population de certains pays de l'OCDE (BIT, 2015^[22]). Atteindre un tel seuil, tout en tenant compte des effectifs très faibles dans certains pays, représenterait un investissement moyen de 0.04 % du PIB.

Avec les médecins et le personnel infirmier, cela représente une augmentation nette de plus de trois millions et demi de professionnels de la santé et de la prise en charge dans tous les pays de l'OCDE.



Renforcer la compétitivité des salaires des personnels infirmiers et des aidants professionnels

Les estimations des coûts liés à l'augmentation des salaires des personnels infirmiers et des auxiliaires de vie sont fondées sur les données de l'OCDE relatives au nombre actuel et supplémentaire de professionnels de la santé et de la prise en charge dans diverses catégories, ainsi que sur les niveaux déclarés de rémunération pour 2019 qui sont disponibles pour les personnels infirmiers hospitaliers dans 35 pays de l'OCDE. Ces données sont combinées avec celles portant sur les salaires relatifs de différentes catégories de personnels infirmiers et d'aidants professionnels. Le rapport *Who Cares?* de l'OCDE, qui corrobore les données du Royaume-Uni et de la Suède, compare les salaires des aidants et ceux de catégories plus vastes de personnels infirmiers et de professionnels de santé (OCDE, 2020^[23]).

La hausse des salaires des personnels infirmiers et des aidants professionnels, calculée sur la base du niveau moyen de rémunération des effectifs infirmiers dans l'OCDE (par rapport au revenu national moyen) correspond à une augmentation moyenne de 0.14 % du PIB.

Investissement 6 : Constituer une réserve sanitaire

L'un des principaux défis auxquels ont été confrontés les pays a consisté à renforcer et optimiser la capacité des systèmes de santé à répondre à l'augmentation de la demande de soins liée aux cas de COVID-19, en particulier au début de la pandémie. Les médecins, personnels infirmiers et autres professionnels de santé étant mobilisés en première ligne, les systèmes de santé ont cherché les moyens d'accroître rapidement le nombre de personnels disponibles. Tandis que plusieurs pays ont fait appel à des professionnels de santé en inactivité ou retraités, d'autres se sont tournés vers des professionnels de santé militaires pour prêter main forte aux opérations de dépistage, de prise en charge et de déplacement des patients. Les pays ont également fait appel aux étudiants en médecine, en soins infirmiers et dans d'autres programmes d'études de santé pour fournir des services aux patients ou contribuer à apaiser les inquiétudes de la population, par exemple répondre aux appels passés sur les lignes téléphoniques d'urgence ou soulager le personnel clinique occupant un poste clé en prenant en charge les tâches non cliniques.

La création d'une **réserve sanitaire** permet de disposer, de façon flexible et économique, de renforts pouvant être mobilisés immédiatement en cas de besoin. Les coûts sont principalement liés à la formation continue, afin de veiller à ce que les personnes inscrites sur la liste de réserve sanitaire d'un pays mettent à jour les compétences nécessaires pour aider les professionnels de santé à temps plein et intervenir de la façon la plus efficace possible en période de pic de l'épidémie de COVID-19 ou de tout autre choc sanitaire qui se produirait. Il convient de noter que les estimations n'incluent pas les coûts supplémentaires associés au déploiement de moyens supplémentaires en cas de choc sanitaire (indemnités journalières de subsistance et de déplacement, par exemple).

Selon les budgets annuels de ce type d'entité, on estime que le coût annualisé de la mise sur pied et de l'entretien d'un corps de réserve sanitaire est compris entre 0.02 et 0.04 % du PIB. Les coûts supplémentaires associés au déploiement de moyens supplémentaires en cas de choc sanitaire ne sont pas pris en compte (indemnités journalières de subsistance et de déplacement, par exemple).

Conclusions

Des investissements ciblés dans les systèmes de santé renforcent la résilience à la fois face à la pandémie actuelle et aux chocs futurs. Ainsi, ils protègent la société et stimulent l'économie. La présente note a identifié six investissements clés s'articulant autour de trois grands piliers, qui ont pour objectif de : 1) protéger la santé des populations, 2) consolider les fondements des systèmes de santé, et 3) soutenir les professionnels de la santé et de la dépendance qui travaillent en première ligne.

INVESTIR DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR PROTÉGER LA SOCIÉTÉ ET STIMULER L'ÉCONOMIE : PRIORITÉS ET ESTIMATIONS DE L'ORDRE DE GRANDEUR DES COÛTS (VERSION ABRÉGÉE) © OCDE 2022



Au total, ces six investissements sont estimés à 1.4 % du PIB en moyenne, dans une fourchette comprise entre 0.6 % et 2.5 % selon les pays, en fonction du montant des dépenses déjà engagées par un pays pour chacun de ces investissements. Ces estimations reposent sur l'hypothèse que le ratio des dépenses de santé au PIB enregistrera de telles augmentations et que les dépenses consenties dans ces domaines seront maintenues au fil du temps. Ces chiffres correspondent à de vastes estimations de l'ordre de grandeur des coûts, plutôt qu'à des résultats fondés sur une comptabilisation précise des coûts.

Le financement de ces investissements nécessite l'adhésion des ministères des Finances ainsi que des ministères de la Santé et des organismes de sécurité sociale. À l'avenir, le rendement de ces investissements ciblés dans les systèmes de santé devrait largement compenser les coûts associés. Par exemple, des interventions efficaces en matière de prévention pourraient limiter à terme les besoins de soins de santé, ce qui permettrait de réaliser d'importantes économies.

Dans le secteur de la santé, ces investissements empêchent les systèmes de santé d'être submergés. À moyen terme, ils peuvent aussi accroître l'efficacité en réduisant les dépenses inutiles et les gaspillages. Au-delà du secteur de la santé, ces investissements stimuleront l'économie. Un système de santé plus solide et plus résilient permettra d'assouplir les mesures strictes d'endiguement et d'atténuation à l'avenir. Il renforce par ailleurs le capital humain, tant aujourd'hui, grâce à une main-d'œuvre en meilleure santé et plus productive, que demain, grâce à des perturbations moindres de nos sociétés.

Références

- BIT (2015), *Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries*, Organisation internationale du Travail, Genève, https://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_407620/lang--en/index.htm. [22]
- Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264097766-fr>. [21]
- Dolgin, E. (2021), « Omicron is supercharging the COVID vaccine booster debate », *Nature*, <https://doi.org/10.1038/d41586-021-03592-2>. [11]
- Ethgen, O. et al. (2016), « The cost of vaccination throughout life: A western European overview », *Human vaccines & immunotherapeutics*, vol. vol. 12/n° 8, pp. pp. 2029-2037, <https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1154649>. [14]
- GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators (2022), « Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 », *The Lancet*, vol. vol. 399/n° 10341, pp. pp. 2129-2154, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3). [20]
- Gmeinder, M., D. Morgan et M. Mueller (2017), « How much do OECD countries spend on prevention? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 101, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/f19e803c-en>. [5]
- Johns Hopkins University (2020), « Assumptions », <https://www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/PPE/PPE-assumptions>. [15]



- Morgan, D. et C. James (2022), « Investing in health systems to protect society and boost the economy : Priority investments and order-of-magnitude cost estimates », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 144, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/d0aa9188-en>. [2]
- Muecksch, F. et al. (2022), « Increased Potency and Breadth of SARS-CoV-2 Neutralizing Antibodies After a Third mRNA Vaccine Dose », *bioRxiv (pre-print)*, <https://doi.org/10.1101/2022.02.14.480394>. [12]
- OCDE (2021), « A systemic resilience approach to dealing with Covid-19 and future shocks », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/36a5bdfb-en>. [1]
- OCDE (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>. [8]
- OCDE (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68>. [23]
- OCDE (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/a18286f0-en>. [10]
- OCDE (2019), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, <https://doi.org/10.1787/e3b23f8e>. [17]
- OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>. [9]
- OCDE (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>. [7]
- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, <https://doi.org/10.1787/9789264239517>. [18]
- OCDE/Union européenne (2020), « How resilient have European health systems been to the COVID-19 crisis? », dans *Health at a Glance - Europe 2020 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e4b6a1-en>. [4]
- OMS (2021), *Infection prevention and control in primary care: a toolkit of resources*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037304>. [6]
- OMS (2020), *Emergency Global Supply Chain System (COVID-19) catalogue: Meeting report*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, <https://www.who.int/publications/m/item/emergency-global-supply-chain-system-covid-19-catalogue>. [16]
- OMS (2019), *The Universal Health Coverage Global Monitoring Report 2019*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>. [3]
- OMS (2016), *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>. [19]



Rubin, R. (2021), « Vaccine Makers Plan for Annual Boosters, but It's Not Clear They'll Be Needed », *JAMA*, vol. vol. 326/22, pp. pp. 2247-2249, [13]
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.21291>.

Contacts

Francesca COLOMBO (✉ francesca.colombo@oecd.org)

David MORGAN (✉ david.morgan@oecd.org)

Chris JAMES (✉ chris.james@oecd.org)

Ce document est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions exprimées et les arguments employés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays Membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes : <https://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.

