

**RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

Département des Sciences Economiques

Polycopié de cours
destiné aux étudiants de Master économie de la santé

Analyse économique comparée des systèmes de santé

Réalisé par :

OULD ABDESLAM-HAMAZ Sabrina

Objectif du cours

Ce cours a pour objectif fondamental de doter les étudiants d'une compréhension approfondie, critique et comparative des systèmes de santé à travers le prisme de l'analyse économique. Il s'inscrit dans une logique de spécialisation en économie de la santé, en proposant une lecture analytique des structures sanitaires nationales et internationales, de leurs mécanismes de fonctionnement, de leurs logiques de financement et de leurs performances.

Dans un monde marqué par des transformations rapides telles que ; la transition démographique, la montée des maladies chroniques, les inégalités persistantes d'accès aux soins et les contraintes budgétaires accrues, il devient impératif pour les économistes de la santé d'analyser les réponses apportées par les différents modèles de systèmes de santé. Le cours vise ainsi à offrir aux étudiants les outils conceptuels, méthodologiques et empiriques nécessaires pour comprendre, évaluer et comparer ces systèmes, tant du point de vue de leur efficacité économique que de leur équité sociale.

Dans un premier temps, le cours propose une revue structurée des grands modèles de systèmes de santé (Beveridgien, Bismarckien, libéral, hybride), en retraçant leur genèse, leurs principes organisateurs et leur évolution contemporaine. Chaque modèle est examiné sous l'angle des choix institutionnels en matière de couverture, de financement, de répartition des soins, d'organisation des acteurs (État, assurances, prestataires, usagers), mais aussi selon les enjeux de gouvernance, de performance et de soutenabilité.

Dans un second temps, une analyse comparative est engagée pour confronter ces systèmes sur la base d'indicateurs économiques et sanitaires, tels que les niveaux de dépenses de santé, les mécanismes de régulation, l'accès et la qualité des soins, les inégalités de santé ou encore la résilience face aux chocs (comme la pandémie de COVID-19). Une attention particulière est portée aux dilemmes contemporains : comment concilier efficacité économique et justice sociale ? Comment adapter les systèmes de santé aux nouvelles demandes sanitaires et aux innovations technologiques, sans compromettre leur viabilité financière ?

À travers des études de cas, des lectures scientifiques, des comparaisons statistiques et des analyses de politiques publiques, les étudiants seront amenés à développer une vision critique des systèmes de santé. L'objectif est de leur permettre, en tant que futurs chercheurs, experts ou gestionnaires de santé, de contribuer à la réflexion et à la décision en matière de réformes sanitaires, de politiques de santé et de développement de systèmes de soins plus équitables et performants.

En somme, ce cours constitue un socle analytique et méthodologique indispensable pour aborder les grands défis de l'économie de la santé dans une perspective internationale et comparative.

Sommaire

Objectif du cours	
Sommaire	
Introduction générale	1
Chapitre 1 : La santé dans le champ économique : concepts, enjeux et relation avec l'économie	1
Introduction	1
Section 1 : La santé comme bien économique 1et bien-être collectif	2
Section 2 : Mesure de la santé : concepts et indicateurs	3
Section 3 : Les déterminants économiques de la santé	5
Section 4 : Santé et développement économique : une relation bidirectionnelle	7
Conclusion	8
Chapitre 2 : Organisation et spécificités économiques des systèmes de santé	9
Introduction	9
Section 1 : Typologie des systèmes de santé dans le monde	9
Section 2 : Le rôle de l'État et du marché	13
Section 3 : Les acteurs du système de santé	16
Conclusion	19
Chapitre 3 : Analyse historique, comparative et analytique des systèmes de santé	20
Introduction	20
Section 1 : Émergence historique des systèmes de santé	20
Section 2 : Critères d'évaluation et de comparaison des systèmes de santé	21
Section 3 : Performances sanitaires et dépenses de santé à l'échelle internationale	23
Section 4 : Études de cas : diversité des modèles et enseignements comparés	24
Conclusion	25
Chapitre 4 : Gouvernance, politiques de santé et maîtrise des dépenses	26
Introduction	26
Section1 : Objectifs et outils des politiques de santé	26
Section 2 : Régulation des dépenses de santé	27
Section 3 : Couverture universelle et équité	29
Section 4 : Défis contemporains des systèmes de santé	30
Conclusion	31
Chapitre 5 : Modes de gestion et modèles organisationnels des systèmes de santé	32
Introduction	32
Section 1 : Modèles de gouvernance des systèmes de santé	32
Section 2 : Rôles comparés des secteurs public, privé et des partenariats	33
Section 3 : Typologie des modèles organisationnels hospitaliers	35
Section 4 : L'impact de la gouvernance hospitalière sur la performance des systèmes de santé	37
Conclusion	40

Chapitre 6 : Nouveaux enjeux des systèmes de santé : résilience, innovation et transitions	41
Introduction	41
Section 1 : Résilience des systèmes de santé face aux crises	41
Section 2 : Innovations technologiques et numériques en santé	45
Section 3 : Transitions démographique, épidémiologique et sociale : vers une reconfiguration des systèmes de santé	46
Section 4 : Enjeux environnementaux et santé planétaire : vers une écologie de la santé	48
Conclusion	49
Conclusion générale	50
Bibliographie	51
Table des matières	52

Introduction générale

La santé constitue une composante essentielle du bien-être humain et un facteur déterminant du développement économique et social. Au croisement des préoccupations éthiques, politiques, sociales et économiques, la question sanitaire interpelle à la fois l'action publique, les choix individuels, les dynamiques démographiques et les transformations structurelles des sociétés contemporaines. Dans un contexte de mondialisation, de vieillissement démographique, de transitions épidémiologiques, mais aussi de crises sanitaires mondiales comme la pandémie de COVID-19, les systèmes de santé sont soumis à des pressions multiples, oscillant entre impératifs d'efficacité, exigences d'équité et contraintes budgétaires croissantes.

L'analyse économique appliquée à la santé vise à comprendre les mécanismes qui sous-tendent la production, la distribution et la consommation des soins, ainsi que les modes de régulation des systèmes de santé. Elle permet d'appréhender la santé non seulement comme un droit fondamental, mais également comme un bien économique, soumis à des arbitrages complexes entre acteurs publics et privés, entre logiques de solidarité et dynamiques de marché. L'hétérogénéité des systèmes de santé dans le monde reflète la diversité des choix institutionnels et des contextes socioéconomiques, rendant l'analyse comparative particulièrement féconde pour dégager des enseignements et identifier les bonnes pratiques.

Ce cours se propose d'apporter une compréhension approfondie des enjeux économiques et organisationnels des systèmes de santé, à travers une approche à la fois théorique, empirique et comparative. Il s'articule en six chapitres complémentaires : du cadrage conceptuel de la santé comme bien économique à l'analyse historique et comparative des systèmes de santé, en passant par l'étude des politiques de santé, de la gouvernance hospitalière, et des nouveaux défis liés à l'innovation, à la résilience et aux transitions globales. Cette structuration vise à doter l'étudiant d'outils analytiques solides pour évaluer les performances, les équilibres et les mutations des systèmes de santé dans un monde en constante recomposition.

Chapitre 1 : La santé dans le champ économique : concepts, enjeux et relation avec l'économie

Introduction

La santé occupe une place centrale dans les sociétés contemporaines, non seulement comme un état souhaitable pour chaque individu, mais aussi comme un enjeu majeur pour le développement économique et social. Longtemps perçue principalement sous un angle médical et biologique, la santé est désormais reconnue comme un phénomène complexe aux dimensions économiques essentielles. En effet, la santé influence et est influencée par les conditions économiques, sociales et environnementales, ce qui en fait un objet d'analyse multidisciplinaire incontournable.

Ce chapitre se propose d'explorer la santé à travers le prisme économique, en abordant ses différentes conceptualisations, ses enjeux majeurs ainsi que les relations profondes qui la lient à l'économie. Il s'attachera tout d'abord à définir la santé comme un bien économique, soulignant sa double nature

publique et privée, ainsi que l'importance des externalités et du bien-être collectif. Ensuite, il présentera les principaux indicateurs utilisés pour mesurer la santé, en insistant sur leur pertinence pour l'évaluation des politiques de santé. Enfin, ce chapitre analysera les déterminants économiques de la santé, ainsi que la relation bidirectionnelle qui existe entre santé et développement économique, démontrant que la santé n'est pas seulement une conséquence du développement, mais également un moteur fondamental de la croissance économique durable.

Par cette approche, il s'agit de montrer que les investissements dans la santé dépassent le cadre individuel pour constituer un levier stratégique essentiel au progrès social et économique global.

Section 1 : La santé comme bien économique et bien-être collectif

1.1. Santé un bien public ou privé

En économie, la classification des biens repose sur deux critères fondamentaux : l'exclusion et la rivalité. L'exclusion désigne la possibilité pour un producteur ou un fournisseur d'empêcher un individu de consommer un bien, tandis que la rivalité renvoie au fait que la consommation du bien par un individu empêche celle par un autre.

Dans cette perspective, la santé présente une dualité importante. D'un côté, la santé individuelle ; c'est-à-dire la capacité physique et mentale d'une personne à fonctionner dans sa vie quotidienne, est considérée comme un bien privé. Cette santé est influencée par des facteurs personnels, des comportements individuels, et est consommée de manière non transférable à autrui. Par ailleurs, les services médicaux et paramédicaux, souvent achetés sur un marché, obéissent à une logique de bien privé, notamment dans les systèmes libéraux où le recours au secteur privé est prépondérant.

D'un autre côté, certaines composantes de la santé ont le caractère de biens publics. C'est le cas notamment des actions de prévention collective comme la vaccination, la lutte contre les épidémies, le contrôle des maladies infectieuses, ou les campagnes d'hygiène publique. Ces actions génèrent des externalités positives, car elles bénéficient non seulement à l'individu protégé, mais aussi à la collectivité en réduisant la propagation des maladies et en améliorant la santé globale de la population. Ces biens publics sont non exclusifs (tout le monde en bénéficie) et non rivaux (la consommation par un individu n'en diminue pas la disponibilité pour les autres).

Ainsi, la santé se situe à l'intersection entre intérêt individuel et intérêt collectif, ce qui explique l'importance des interventions publiques dans la gestion des systèmes de santé.

1.2. Externalités et bien-être collectif

La notion d'externalité est centrale pour comprendre le rôle économique de la santé. Une externalité désigne un effet secondaire, positif ou négatif, d'une activité économique qui impacte des tiers sans compensation monétaire.

Dans le cas de la santé, les externalités positives sont nombreuses. Une population en bonne santé bénéficie d'une meilleure productivité économique : elle est moins sujette à l'absentéisme, travaille

plus longtemps, et contribue activement à la croissance économique. À l'inverse, une population malade génère des coûts directs élevés pour les systèmes de santé, ainsi que des coûts indirects liés à la perte de production, la baisse de la consommation, et l'augmentation de la dépendance sociale.

L'investissement public dans la santé vise ainsi à internaliser ces externalités, c'est-à-dire à intégrer dans le calcul économique les bénéfices collectifs générés par une bonne santé. Cela justifie le financement des programmes de prévention, l'accès universel aux soins, et la régulation du secteur médical. L'intervention de l'État cherche à atteindre un optimum social où le bien-être collectif est maximisé, en tenant compte à la fois des intérêts privés et des retombées positives sur la société.

Section 2 : Mesure de la santé : concepts et indicateurs

2.1. Définition de la santé

La santé, dans une perspective contemporaine, ne se limite plus à l'absence de maladies ou d'infirmités. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en donne une définition fondatrice, affirmant que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Cette approche, formulée dès 1946, continue de guider les politiques sanitaires modernes et les analyses en économie de la santé. Elle impose une conception holistique et multidimensionnelle de la santé, qui inclut des facteurs biologiques, sociaux, psychologiques, environnementaux et économiques.

Ainsi, cette définition souligne l'interdépendance entre les conditions de vie (revenus, logement, éducation, environnement, emploi) et l'état de santé des individus. Par conséquent, la santé devient à la fois un objectif collectif, inscrit dans les politiques publiques, et un indicateur du niveau de développement humain. En dépassant la conception biomédicale traditionnelle centrée sur le traitement des maladies, elle introduit une logique de promotion de la santé, de prévention et d'intervention sur les déterminants sociaux.

Cela implique que les politiques de santé efficaces doivent intégrer des actions intersectorielles : améliorer les conditions de logement, lutter contre la pauvreté, promouvoir la santé mentale, protéger l'environnement, etc. En d'autres termes, la santé est un bien public complexe, dont la mesure nécessite des outils variés, sensibles aux dynamiques sociales et sanitaires.

2.2. Indicateurs traditionnels

Les premiers indicateurs utilisés pour mesurer la santé d'une population sont principalement démographiques et épidémiologiques. Ils permettent de quantifier de manière objective certains aspects de la situation sanitaire d'un pays ou d'une région, et de faciliter les comparaisons internationales ou temporelles. Parmi les plus couramment utilisés, on distingue :

- **L'espérance de vie à la naissance** : indicateur synthétique, il reflète les conditions globales de santé, la qualité du système de soins, les habitudes de vie, la nutrition, la sécurité, mais aussi

les inégalités sociales. Une espérance de vie élevée est généralement corrélée à un bon accès aux soins, à des politiques de santé publique efficaces et à un niveau socio-économique élevé.

- **Le taux de mortalité** : ce taux peut être global ou spécifique (mortalité infantile, néonatale, maternelle, mortalité par pathologie, etc.). Il permet de cibler les faiblesses du système de santé, de mesurer les progrès médicaux et de suivre l'impact des interventions sanitaires.
- **Le taux de morbidité** : mesure la fréquence d'une maladie ou d'un groupe de maladies au sein d'une population. Il est particulièrement utile pour estimer la prévalence (nombre total de cas à un moment donné) ou l'incidence (nouveaux cas sur une période donnée). Ce taux est essentiel pour appréhender la charge des maladies chroniques, des troubles mentaux ou des pathologies émergentes.

Bien que précieux, ces indicateurs classiques présentent certaines limites : ils restent centrés sur la survie et la maladie, sans toujours tenir compte de la qualité de vie ou de l'expérience vécue de la santé. Ils ne capturent ni la douleur, ni le handicap, ni les limitations fonctionnelles, ce qui les rend insuffisants dans les contextes où les enjeux ne sont pas uniquement vitaux mais aussi liés au bien-être.

2.3. Indicateurs composites

Pour dépasser les limites des indicateurs traditionnels, des indicateurs dits composites ont été développés à partir des années 1990, notamment sous l'impulsion de la Banque mondiale et de l'OMS. Ces indicateurs visent à intégrer la durée de vie, la qualité de vie, et le poids des incapacités dans une mesure plus fine de la santé. Les deux principaux sont :

- **DALYs (Disability-Adjusted Life Years)** : littéralement, « années de vie ajustées sur l'incapacité ». Il s'agit d'un indicateur de charge globale de la maladie (Global Burden of Disease) qui additionne :
 - les **années de vie perdues (YLL)** en raison d'une mortalité prématurée ;
 - les **années vécues avec un handicap (YLD)**, pondérées selon la sévérité de la maladie ou de l'incapacité.

Les DALYs sont utilisés pour prioriser les besoins en santé publique, évaluer l'impact d'une pathologie sur une population et guider les politiques de prévention.

- **QALYs (Quality-Adjusted Life Years)** : littéralement, « années de vie ajustées par la qualité ». Utilisé principalement dans l'évaluation économique des technologies médicales (Health Technology Assessment), le QALY permet de mesurer l'efficacité d'un traitement en combinant la durée de vie gagnée et la qualité de vie obtenue. Une année de vie en pleine santé vaut 1 QALY, tandis qu'une année avec une qualité de vie dégradée peut valoir 0,7 ou 0,5 QALY. Cela permet de réaliser des analyses coût-utilité, très utiles dans les arbitrages budgétaires.

Ces indicateurs composites traduisent une vision plus humaniste et plus rationnelle de la santé : ils ne se contentent pas de compter les vies, mais prennent en compte ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue. En ce sens, ils représentent une avancée majeure dans la mesure du bien-être sanitaire et dans l'aide à la décision en matière de santé publique.

Section 3 : Les déterminants économiques de la santé

L'analyse des déterminants économiques de la santé met en lumière les liens structurels entre conditions socio-économiques et états de santé. Ces facteurs, appelés aussi « déterminants sociaux de la santé », influencent fortement la distribution de la santé dans une population. Ils constituent des axes fondamentaux pour comprendre les inégalités de santé et orienter les politiques de réduction des disparités. Cette section explore quatre grands déterminants économiques : le revenu et les inégalités, l'éducation, l'emploi, et l'environnement.

3.1. Revenu et inégalités économiques

Le revenu est l'un des principaux déterminants de la santé. Il permet de satisfaire les besoins fondamentaux (alimentation, logement, habillement), d'accéder aux services de santé, à la prévention, à l'éducation, mais aussi d'avoir les moyens de vivre dans un environnement sûr et favorable à la santé. La relation entre niveau de revenu et état de santé est non linéaire mais continue, comme l'a montré Michael Marmot à travers le gradient social de la santé : chaque niveau supérieur de revenu est associé à une amélioration de l'état de santé, indépendamment du seuil de pauvreté.

Les inégalités de revenu entraînent des inégalités d'exposition aux facteurs de risque et d'accès aux soins. Les populations à bas revenu :

- vivent plus souvent dans des logements insalubres ou des quartiers dégradés,
- sont davantage exposées aux nuisances environnementales et aux emplois précaires,
- ont une alimentation moins équilibrée,
- recourent moins fréquemment aux soins de prévention.

Ces inégalités engendrent des écarts importants en termes d'espérance de vie : dans de nombreux pays développés, on observe jusqu'à 10 ou 15 ans d'écart d'espérance de vie entre les classes sociales supérieures et les plus défavorisées.

Sur le plan macroéconomique, des études empiriques montrent que des sociétés plus égalitaires (comme les pays nordiques) présentent en moyenne de meilleurs indicateurs de santé publique. La redistribution des revenus et l'accès universel aux services de santé sont des leviers majeurs pour corriger ces déséquilibres.

Les politiques publiques doivent donc dépasser la seule logique curative pour intégrer la lutte contre les inégalités économiques comme un moyen structurel de promotion de la santé. Cela implique des politiques sociales ambitieuses (revenu minimum, fiscalité redistributive, logement social, etc.) et des dispositifs d'accès équitable aux soins, y compris dans les zones rurales ou enclavées.

3.2. Éducation

L'éducation est un déterminant transversal qui conditionne indirectement de nombreux autres facteurs de santé. Un meilleur niveau d'éducation est associé :

- à une meilleure compréhension des informations médicales (littératie en santé),
- à des comportements de santé plus vertueux (moins de tabagisme, plus d'activité physique, alimentation équilibrée),
- à une meilleure utilisation des services de santé (dépistage, suivi médical, vaccination).

Par ailleurs, l'éducation améliore les opportunités professionnelles, le niveau de revenu, la sécurité de l'emploi et les conditions de logement. Elle constitue donc un facteur protecteur cumulatif, agissant dès l'enfance et produisant des effets durables tout au long de la vie.

Les inégalités éducatives produisent aussi des inégalités d'espérance de vie : une personne sans diplôme peut vivre jusqu'à 5 à 10 ans de moins qu'une personne diplômée de l'enseignement supérieur, et souffrir plus longtemps de pathologies invalidantes.

Investir dans l'éducation dès le plus jeune âge, en particulier dans les milieux défavorisés, est donc une stratégie de long terme pour améliorer la santé des populations. Cela comprend également l'éducation à la santé à l'école, qui permet de développer des compétences psychosociales dès l'adolescence.

3.3. Emploi et conditions de travail

L'emploi est à la fois une source de revenu, de statut social et de structuration temporelle. Il joue un rôle essentiel dans l'identité, l'estime de soi, les relations sociales et la santé mentale. A contrario, le chômage, surtout lorsqu'il est de longue durée, est associé à un accroissement de la morbidité psychique (dépression, anxiété, addictions), à une mortalité plus élevée, et à une baisse significative du niveau de vie.

Les conditions de travail constituent elles aussi un déterminant direct de la santé :

- L'exposition à des agents physiques, chimiques ou biologiques peut générer des maladies professionnelles (cancers, troubles musculo-squelettiques, affections respiratoires).
- Le stress chronique, les exigences émotionnelles élevées, la pression temporelle ou le manque d'autonomie sont des facteurs de risque de troubles psychosociaux, dont les « burn-out ».
- Les horaires atypiques (travail de nuit, posté, week-end) perturbent les rythmes biologiques et augmentent les risques cardiovasculaires.

La prévention des risques professionnels relève de la santé au travail, qui repose sur une régulation publique (inspections, normes, sécurité) mais aussi sur une culture d'entreprise valorisant la qualité de vie au travail (QVT). L'intégration de la santé mentale dans les politiques de ressources humaines devient un enjeu majeur à l'heure de la transition numérique et des transformations du travail.

3.4. Environnement

L'environnement physique, social et bâti joue un rôle clé dans la santé des individus et des populations. Il détermine les expositions quotidiennes aux risques et façonne les opportunités de comportements favorables à la santé.

➤ **Environnement physique :**

- La pollution de l'air est responsable, selon l'OMS, de 7 millions de décès prématurés chaque année. Les particules fines (PM2.5) aggravent les maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique) et cardiovasculaires.
- La qualité de l'eau potable, l'assainissement, la gestion des déchets sont essentiels à la prévention des maladies infectieuses et des intoxications.
- Le changement climatique génère de nouveaux risques sanitaires (vagues de chaleur, migration de vecteurs infectieux, insécurité alimentaire), notamment pour les populations vulnérables.

➤ **Environnement social :**

- La sécurité des quartiers, la cohésion sociale, la qualité des relations de voisinage ont des effets protecteurs sur la santé mentale.
- Les inégalités territoriales exposent certains territoires à une accumulation de désavantages sanitaires : désertification médicale, logements insalubres, bruit, insécurité alimentaire.

3.5 Urbanisme :

L'urbanisme conditionne la pratique de l'activité physique, la mobilité douce (vélo, marche), l'accès aux espaces verts et la réduction de la sédentarité. Un urbanisme favorable à la santé est donc un levier d'action pour réduire les maladies chroniques.

Les politiques de santé doivent donc intégrer une approche intersectorielle, liant santé, environnement, logement, transport et urbanisme. La promotion d'un environnement sain, notamment dans les zones défavorisées, est une condition essentielle d'une politique de prévention efficace.

Section 4 : Santé et développement économique : une relation bidirectionnelle

4.1. Corrélations observées entre santé et développement

Les données empiriques démontrent une forte corrélation positive entre les indicateurs de santé et le niveau de développement économique. Les pays riches affichent généralement une meilleure santé de leur population, mesurée par une espérance de vie plus longue, une mortalité infantile faible, et une couverture sanitaire étendue.

Ce lien s'explique par plusieurs mécanismes : un niveau de vie élevé permet un meilleur accès aux soins, une alimentation plus équilibrée, une éducation plus complète, ainsi qu'un environnement plus favorable.

4.2. La causalité inverse : la santé comme moteur de croissance

Au-delà de cette corrélation, la santé constitue un moteur direct de la croissance économique. Une population en bonne santé est plus productive, plus innovante, et plus capable d'adopter des

technologies. Elle engage également moins de ressources dans les soins, ce qui libère des capitaux pour l'investissement et la consommation.

La théorie du capital humain, développée notamment par Gary Becker, conceptualise la santé comme un capital à investir. Les dépenses en santé sont ainsi assimilées à un investissement qui accroît la productivité future des individus, à l'instar des dépenses éducatives.

Dans les pays en développement, où les maladies transmissibles et non transmissibles continuent de peser lourdement, améliorer la santé est une stratégie incontournable pour sortir du cercle vicieux de la pauvreté et favoriser un développement économique durable.

Conclusion

Ce premier chapitre a mis en évidence la complexité intrinsèque de la santé lorsqu'elle est appréhendée à travers le prisme économique. Loin de se limiter à une simple question biomédicale, la santé apparaît comme un bien hybride, à la fois privé et public, porteur d'externalités significatives qui justifient une forte intervention publique. Sa mesure nécessite des outils variés, allant des indicateurs classiques aux approches composites intégrant la qualité de vie. Enfin, les déterminants économiques de la santé rappellent que les inégalités sociales et les conditions matérielles de vie façonnent profondément les trajectoires sanitaires des populations. Comprendre ces interrelations est essentiel pour concevoir des politiques de santé justes, efficaces et soutenables, capables de contribuer au bien-être collectif et au développement humain durable.

Chapitre 2 : Organisation et spécificités économiques des systèmes de santé

Introduction

Ce chapitre a pour objectif de présenter la diversité des modèles d'organisation des systèmes de santé dans le monde, tout en analysant leurs caractéristiques économiques fondamentales. Il met en lumière les spécificités des systèmes à travers une typologie, une analyse économique approfondie, une présentation de leurs fonctions essentielles et une cartographie des principaux acteurs impliqués.

Section 1 : Typologie des systèmes de santé dans le monde

1.1. Introduction historique aux systèmes de santé modernes

L'organisation des systèmes de santé tels que nous les connaissons aujourd'hui est relativement récente dans l'histoire des sociétés modernes. C'est au début du 20^{ème} siècle que les premiers systèmes de santé institutionnalisés ont émergé, particulièrement dans les pays occidentaux industrialisés. Cette émergence fut en grande partie motivée par la prise de conscience que la santé de la population était un facteur clé pour le développement économique et social.

Par exemple, en Allemagne, à la fin du 19^{ème} siècle, l'industrialisation rapide et la croissance économique avaient rendu indispensable la protection sociale des travailleurs. Les employeurs furent contraints de contribuer à la prise en charge des frais médicaux de leurs salariés, en particulier des plus modestes. C'est dans ce contexte qu'en 1883, le Chancelier Otto von Bismarck instaura le premier système d'assurance maladie obligatoire. Cette loi imposait une contribution obligatoire des employeurs et des employés pour financer la couverture maladie des travailleurs à faible revenu. Ce système, connu sous le nom de modèle bismarckien, fut adopté par d'autres pays européens, notamment la Belgique (1894), la Norvège (1909), la France, les Pays-Bas et l'Autriche.

En parallèle, un autre modèle s'est développé, notamment au Royaume-Uni, sous l'impulsion de Lord Beveridge, qui en 1942 proposa un système universel de santé financé par l'impôt et accessible à tous, indépendamment de leur statut professionnel ou de leurs revenus. Ce système, appelé modèle beveridgien, s'appuie sur des principes d'universalité, d'uniformité des prestations et de gestion étatique. Il a inspiré plusieurs pays nordiques ainsi que le Canada.

Ces deux modèles historiques, bismarckien et beveridgien, sont à la base de la plupart des systèmes de santé occidentaux contemporains, qui ont évolué selon des trajectoires diverses pour s'adapter aux contraintes économiques, démographiques et politiques propres à chaque pays.

1.1.1 Le modèle bismarckien : assurance sociale par cotisations

Le modèle bismarckien repose principalement sur un système d'assurances sociales financées par des cotisations salariales et patronales. Ces cotisations sont obligatoires et directement liées à l'emploi, assurant une couverture sociale aux salariés et, dans une moindre mesure, à leurs ayants droit (famille). Les prestations sont garanties par des caisses d'assurance maladie, souvent gérées par des acteurs publics ou par des partenaires sociaux (syndicats, employeurs).

Caractéristiques principales :

- **Financement par cotisations sociales** : Les travailleurs et leurs employeurs contribuent financièrement à des caisses spécifiques.
- **Couverture ciblée** : Initialement réservée aux salariés, la couverture s'est progressivement étendue à d'autres catégories sociales, bien que les indépendants et les hauts revenus puissent parfois opter pour des assurances privées.
- **Pluralisme des acteurs** : Le système repose sur une pluralité d'assureurs (caisses), publiques ou privées, souvent régulés par l'État.
- **Liberté de choix** : Dans certains pays, les assurés peuvent choisir leur caisse d'assurance ou opter pour une couverture privée complémentaire.
- **Relation directe entre emploi et protection sociale** : Cette relation peut engendrer des inégalités d'accès pour les personnes sans emploi ou en situation précaire.

Exemples de pays :

- Allemagne (pays d'origine)
- France (système mixte avec des caractéristiques bismarckiennes)
- Belgique
- Autriche
- Japon
- Pays-Bas

1.1.2 Le modèle beveridgien : système national de santé universel

Le modèle beveridgien est fondé sur une couverture universelle et un financement principalement public via la fiscalité. Contrairement au modèle bismarckien, il ne repose pas sur des cotisations liées à l'emploi mais sur un système d'impôt général. L'État joue un rôle central dans la gestion, le financement et la fourniture des services de santé.

Caractéristiques principales :

- **Universalité de la couverture** : Tous les résidents bénéficient du même accès aux soins, sans distinction de statut professionnel ou de revenu.
- **Financement par l'impôt** : Les ressources proviennent principalement de la fiscalité générale, ce qui garantit une solidarité intergénérationnelle et entre différentes catégories socio-économiques.
- **Gestion publique centralisée** : Le budget est contrôlé par l'État ou ses agences décentralisées, ce qui permet une meilleure planification des ressources.
- **Prestation des soins souvent publique** : Les hôpitaux et la plupart des établissements de santé sont publics, même si le secteur privé peut compléter l'offre.
- **Accès aux soins gratuit ou à coût très faible** : Les patients ne paient pas directement pour les soins, limitant ainsi les barrières financières.

Exemples de pays :

- Royaume-Uni (National Health Service)
- Suède, Danemark, Norvège (pays nordiques)
- Finlande
- Irlande

Illustration : Le NHS britannique

Le NHS est l'exemple emblématique du modèle beveridgien. Il garantit un accès universel aux soins, financé par les impôts. Le système fonctionne via des médecins généralistes qui jouent un rôle de "porte d'entrée" (gatekeepers) vers les spécialistes et les hôpitaux. Malgré des résultats globalement positifs en termes d'accès universel et de maîtrise des coûts, le NHS connaît des limites : sous-financement, listes d'attente, contraintes de ressources humaines.

1.1.3 Le modèle libéral : système à forte participation privée

Le modèle libéral se caractérise par une intervention limitée de l'État dans le financement et la prestation des soins. L'accès aux soins est souvent conditionné à la capacité financière des individus, avec une forte participation des acteurs privés (assurances, prestataires).

Caractéristiques principales :

- **Financement majoritairement privé** : Les dépenses de santé sont largement supportées par les ménages via des paiements directs ou des assurances privées.
- **Couverture inégale** : L'accès aux soins dépend des ressources individuelles, ce qui peut engendrer des inégalités importantes.
- **Offre de soins privée prédominante** : Le secteur privé assure une part importante des services médicaux.
- **Intervention limitée de l'État** : L'État intervient essentiellement pour réguler le système et protéger les populations vulnérables.

Exemples de pays :

- États-Unis
- Suisse
- Mexique

Le système américain est souvent cité comme l'archétype de ce modèle, avec un marché de l'assurance maladie complexe, une forte part d'assurance privée et une couverture publique limitée aux populations les plus vulnérables (Medicare, Medicaid).

1.1.4 Le modèle hybride : combinaison de plusieurs approches

La majorité des systèmes de santé contemporains ne se conforment pas strictement à un seul modèle, mais combinent des éléments des modèles bismarckien, beveridgien et libéral. Ces systèmes hybrides visent à concilier universalité, efficacité économique et équité.

Exemples de pays hybrides :

- Canada : système inspiré du modèle beveridgien pour le financement public, mais avec une offre privée dans certains secteurs.
- Algérie : panachage entre des services publics financés par l'État et un secteur privé en expansion.
- France : système bismarckien avec une forte intervention publique et des complémentaires privées.

1.2. Asymétrie d'information

L'asymétrie d'information est une caractéristique fondamentale des systèmes de santé, où le professionnel de santé dispose d'une connaissance technique et scientifique bien supérieure à celle du patient. Cette inégalité informationnelle place le patient dans une position de vulnérabilité, puisqu'il doit non seulement faire confiance au médecin, mais aussi accepter ses recommandations sans toujours pouvoir les évaluer de manière critique.

Cette asymétrie peut engendrer plusieurs phénomènes problématiques :

- Sur-prescription et surconsommation : le médecin, pouvant être influencé par des intérêts financiers, institutionnels, ou par un excès de prudence, peut prescrire des examens, des traitements ou des interventions non strictement nécessaires, augmentant les coûts sans améliorer la santé.
- Comportements opportunistes : dans certains cas, le professionnel de santé peut exploiter cette asymétrie pour maximiser ses revenus ou son prestige, au détriment du patient.
- Difficulté d'évaluation de la qualité : le patient ne pouvant pas toujours juger la qualité des soins reçus, le marché des soins ne fonctionne pas selon les règles classiques de concurrence.

Pour limiter ces effets négatifs, la régulation joue un rôle clé. Elle passe par :

- L'instauration de protocoles médicaux, basés sur des preuves scientifiques, qui guident les pratiques cliniques.
- La mise en place de référentiels et guidelines, diffusés aux professionnels.
- Le développement de contrôles externes et audits réalisés par les autorités sanitaires ou des agences indépendantes.
- La promotion de la transparence et de l'information patient, avec des outils éducatifs pour améliorer l'autonomie dans la prise de décision.

1.3 Sélection adverse et aléa moral

Les mécanismes d'assurance santé se heurtent à deux défaillances majeures liées à l'information asymétrique entre assureurs et assurés :

- **Sélection adverse** : Ce phénomène se produit lorsque les individus qui anticipent un risque élevé de maladie ont plus d'incitation à souscrire une assurance santé ou à choisir des couvertures plus complètes. En revanche, les individus en bonne santé peuvent choisir de ne pas s'assurer ou d'opter pour des garanties limitées. Ce comportement conduit à une concentration disproportionnée des personnes à risque dans le portefeuille de l'assureur, ce qui fait grimper les coûts de remboursement. En l'absence de mécanismes de régulation, cela peut mener à un cercle vicieux où les primes augmentent, poussant les assurés sains à se retirer, aggravant encore la sélection adverse.
- **Aléa moral** : Après avoir souscrit une assurance, l'assuré peut réduire ses efforts de prévention ou adopter une consommation plus intensive de soins, puisque le coût marginal de ces soins est supporté par l'assureur. Ce comportement entraîne une augmentation des dépenses de santé, sans amélioration nécessaire des résultats de santé.

Pour pallier ces défaillances, les systèmes de santé mettent en place plusieurs mécanismes :

- L'obligation d'assurance (comme dans le cas des assurances maladie universelles) permet d'élargir le risque à l'ensemble de la population, limitant la sélection adverse.
- La mutualisation des risques entre assurés, souvent organisée par l'État ou des organismes publics, permet de lisser les coûts sur une large base.
- La tarification régulée, avec des primes qui ne varient pas selon le profil individuel (tarification solidaire) ou des subventions ciblées, vise à garantir l'accessibilité et l'équité.
- Des instruments incitatifs comme les franchises, les co-paiements, ou les contrats responsables, incitent les assurés à adopter un comportement plus prudent.

Section 2 : Le rôle de l'État et du marché

Dans l'organisation des systèmes de santé, un équilibre complexe se noue entre l'intervention étatique et la dynamique du marché. L'État occupe un rôle fondamental à plusieurs niveaux :

- **Garant de l'accès universel** : Par la mise en place de mécanismes d'assurance maladie universelle ou de couverture sociale étendue, l'État assure que tous les citoyens aient accès à des soins de qualité, indépendamment de leurs revenus.
- **Régulateur des pratiques** : L'État établit les normes, contrôle la qualité des soins, régule les prix et veille à la sécurité sanitaire.
- **Financeur partiel ou total** : Dans de nombreux pays, les dépenses de santé sont majoritairement financées par l'État ou des organismes publics, garantissant une certaine stabilité et prévisibilité financière.
- **Planificateur des ressources** : L'État intervient dans la formation, la répartition et la gestion des professionnels de santé, ainsi que dans la planification des infrastructures hospitalières et des équipements.

Cependant, le marché conserve une place essentielle :

- Dans la production de soins, notamment via les cliniques privées, les laboratoires, et les professionnels libéraux.
- Dans l'offre d'assurances complémentaires, qui couvrent des besoins non pris en charge par le régime public.
- Dans la distribution des médicaments, souvent assurée par des acteurs privés sous régulation.

L'enjeu est de réussir une cohabitation harmonieuse entre la logique publique et la logique marchande. Cela suppose :

- De préserver l'équité d'accès, en évitant que le marché ne conduise à des exclusions ou des inégalités.
- De garantir l'efficacité économique, en utilisant les mécanismes concurrentiels pour améliorer la qualité et limiter les gaspillages.
- De veiller à la soutenabilité financière du système, en maîtrisant la croissance des dépenses tout en assurant une couverture adéquate.

Cette articulation varie selon les modèles de systèmes de santé (Beveridgien, Bismarckien, libéral, mixte), mais demeure un défi central pour la gouvernance sanitaire contemporaine.

2.1. La fourniture de soins (provision)

La fonction de fourniture de soins constitue le cœur même du système de santé. Elle englobe un large éventail de services destinés à répondre aux besoins de santé de la population, à différents niveaux et selon différentes modalités. Ces services comprennent :

- La prévention : Il s'agit d'actions visant à éviter l'apparition de maladies ou la détérioration de la santé, telles que les campagnes de vaccination, le dépistage précoce, l'éducation à la santé, la promotion de comportements favorables à la santé (hygiène, alimentation, activité physique).
- Le diagnostic : Il s'agit de l'identification précise des maladies ou des troubles de santé par des examens cliniques, biologiques, radiologiques, ou autres techniques de diagnostic.
- Le traitement : Administration de soins curatifs, incluant les interventions médicales, chirurgicales, pharmacologiques ou autres formes de prise en charge thérapeutique.
- La réadaptation : Services visant à restaurer la fonction physique, mentale ou sociale des patients après une maladie ou un accident, comme la kinésithérapie, la rééducation fonctionnelle, ou l'accompagnement psychologique.
- Les soins palliatifs : Prise en charge des patients atteints de maladies graves ou terminales, pour soulager la douleur, améliorer la qualité de vie, et offrir un soutien psychosocial aux patients et à leurs familles.

Cette fonction doit être assurée par des professionnels de santé qualifiés, tels que médecins, infirmiers, pharmaciens, et autres spécialistes, pour garantir la qualité et la sécurité des soins. En outre, la gestion de la qualité s'appuie sur des systèmes d'accréditation, d'évaluation continue, et de contrôle des

pratiques pour limiter les erreurs médicales, prévenir les infections nosocomiales et assurer la sécurité des patients.

2.2. Le financement

Le financement des systèmes de santé est un élément clé, car il conditionne l'accessibilité, l'équité et la pérennité des services. L'OMS décompose cette fonction en trois sous-fonctions :

- **Collecte des ressources** : Il s'agit de mobiliser les fonds nécessaires au fonctionnement du système. Les ressources peuvent provenir de diverses sources :
 - *Fiscalité générale* (impôts directs et indirects),
 - *Cotisations sociales* (versées par les employeurs et les employés dans les systèmes d'assurance maladie sociale),
 - *Primes d'assurance privées* (dans les systèmes d'assurance complémentaire ou privée).
- **Mise en commun des ressources (pooling)** : Ce mécanisme consiste à mutualiser les fonds collectés afin de répartir les risques financiers liés aux dépenses de santé sur l'ensemble de la population. La mutualisation permet d'éviter que certains individus supportent seuls le coût élevé d'une maladie grave, assurant ainsi une solidarité et une protection financière.
- **Achat des services** : Cette sous-fonction concerne le mode de rémunération des prestataires de soins. Différents mécanismes existent, chacun ayant un impact spécifique sur les comportements des fournisseurs de soins et sur l'efficacité du système :
 - *Paiement à l'acte* : rémunération selon chaque prestation réalisée, encourageant la quantité,
 - *Capitation* : paiement forfaitaire par patient inscrit, favorisant la prévention et le suivi,
 - *Forfaits* : paiements fixes pour une période ou un ensemble de services (ex : séjour hospitalier),
 - *Paiement à la performance* : incitations financières liées à la qualité ou aux résultats.

Le choix de ces mécanismes influence directement **l'équité** (accès aux soins sans discrimination financière) et **l'efficacité** (optimisation des ressources) du système.

2.3. La gouvernance

La gouvernance est la fonction stratégique qui assure la cohérence, la coordination et le pilotage du système de santé. Elle inclut plusieurs dimensions :

- **Définition des priorités nationales de santé** : Identifier les problèmes de santé les plus urgents ou stratégiques, fixer les objectifs et les plans d'action à court, moyen et long terme.
- **Coordination entre acteurs** : Faciliter la collaboration entre les différents niveaux de prestation (soins primaires, secondaires, tertiaires), entre secteurs public et privé, et avec les partenaires internationaux.
- **Allocation des ressources** : Décider de la répartition des fonds, des infrastructures, et du personnel selon les besoins et priorités.
- **Régulation** : Établir et faire respecter les règles et normes relatives à la qualité, à la sécurité, à l'éthique, et à l'accès aux soins.

- **Évaluation des performances** : Mettre en place des systèmes d'information et d'évaluation pour mesurer les résultats, la satisfaction des usagers, et l'impact des politiques de santé.

Une gouvernance efficace repose sur des principes fondamentaux tels que la transparence dans les décisions, la redevabilité des gestionnaires et responsables envers la population, ainsi que la participation des parties prenantes, y compris les professionnels, les usagers, et la société civile.

2.4. La gestion des ressources

La gestion des ressources est essentielle pour assurer le bon fonctionnement opérationnel du système de santé. Elle porte sur plusieurs types de ressources clés :

- **Ressources humaines** : La gestion inclut la formation initiale et continue des professionnels de santé, la planification des besoins en personnel selon les zones géographiques et les spécialités, ainsi que la motivation et la rétention des travailleurs de santé. La répartition équitable des ressources humaines entre zones urbaines et rurales est cruciale pour réduire les disparités d'accès.
- **Infrastructures sanitaires** : Cela comprend la planification, la construction, l'équipement et la maintenance des établissements de santé (centres de santé, cliniques, hôpitaux). L'adaptation des infrastructures aux besoins démographiques et épidémiologiques permet d'assurer la disponibilité des services.
- **Technologies médicales et médicaments** : La gestion porte sur l'acquisition, la distribution et l'utilisation rationnelle des technologies, équipements et produits pharmaceutiques. Elle vise à garantir leur disponibilité, leur qualité, et leur bon usage, tout en maîtrisant les coûts. La rationalisation permet d'éviter les ruptures de stock et les gaspillages.

Une gestion efficace de ces ressources contribue à la performance globale du système en assurant que les services de santé soient disponibles, accessibles et de qualité.

Section 3 : Les acteurs du système de santé

3.1. Les acteurs publics

L'État est l'acteur central et principal dans la gouvernance et la régulation des systèmes de santé, en particulier dans les pays à forte intervention publique. Son rôle est multiple et structurant :

- **Planification et définition des politiques de santé** : Les ministères de la santé élaborent les stratégies nationales, fixent les priorités sanitaires en fonction des besoins démographiques et épidémiologiques, et coordonnent les actions entre les différents niveaux de soins (primaires, secondaires, tertiaires). Cette planification est essentielle pour assurer une cohérence dans la couverture des territoires et des populations, notamment les plus vulnérables.
- **Rôle de financeur** : Par le biais des caisses de sécurité sociale, de l'assurance maladie publique et des budgets dédiés, l'État mobilise les ressources financières nécessaires pour garantir l'accès universel aux soins. Ce financement public est souvent complété par des subventions et des partenariats internationaux, surtout dans les pays à ressources limitées.

- **Régulation et contrôle** : L'État fixe les normes de qualité et de sécurité des soins à travers des agences de régulation (ex. agences sanitaires, comités d'accréditation) et contrôle leur application par les établissements publics et privés. Il veille également à la protection des patients, à la transparence des pratiques, et à la lutte contre les fraudes.
- **Prestataire direct de soins** : À travers un réseau structuré d'hôpitaux publics, centres de santé et établissements spécialisés, l'État assure une part importante de la prestation de soins. Ces établissements sont souvent la référence pour les soins complexes, l'urgence, la santé publique et la formation des professionnels.
- **Organisation de la couverture universelle** : L'État est en charge de la mise en œuvre de systèmes de protection sociale qui garantissent à l'ensemble de la population un accès aux soins sans discrimination financière. Cela passe par des politiques d'assurance maladie obligatoire, d'aide sociale ou de subvention ciblée.

Cette intervention publique est essentielle pour garantir l'équité, la continuité et la qualité des soins, notamment pour les populations défavorisées et dans les zones reculées.

3.2. Les prestataires privés

Les acteurs privés jouent un rôle complémentaire et souvent moteur d'innovation dans les systèmes de santé. Leur présence peut varier fortement selon les contextes socio-économiques et réglementaires, mais ils constituent un pilier important :

- **Professionnels libéraux** : Médecins généralistes et spécialistes, dentistes, infirmiers libéraux, physiothérapeutes, etc., exercent en cabinet privé, offrant des soins de proximité et flexibles. Leur activité répond souvent à une demande de services plus personnalisés ou spécialisés.
- **Cliniques et établissements privés** : Ces structures fournissent une gamme complète de services, allant des soins ambulatoires aux interventions chirurgicales complexes. Elles peuvent proposer des services complémentaires à ceux du secteur public, parfois plus rapidement accessibles, et sont souvent en concurrence sur la qualité et la technologie.
- **Laboratoires d'analyse et pharmacies privées** : Ils assurent une part majeure de la réalisation des examens diagnostiques et de la dispensation des médicaments, avec une influence directe sur la qualité et le suivi des traitements.
- **Entreprises du secteur santé** : Fabricants d'équipements médicaux, sociétés pharmaceutiques, compagnies d'assurance privées, et entreprises de technologies de la santé (HealthTech) apportent des innovations techniques, des solutions de gestion et de financement complémentaires.
- **Encadrement par l'État** : L'action des prestataires privés est réglementée par des mécanismes d'accréditation, de certification, de tarification et d'obligations de service public (par exemple, dans certains cas, l'obligation de participer à des campagnes de santé publique ou d'assurer une continuité des soins). Cela garantit que le secteur privé contribue de manière harmonieuse et responsable au système global.

Le secteur privé, par son dynamisme et sa flexibilité, peut renforcer la capacité d'offre de soins, mais pose aussi des défis en termes d'équité d'accès, de coûts, et de coordination avec le secteur public.

3.3. Les mutuelles et assureurs

Les mutuelles de santé et les compagnies d'assurance privées jouent un rôle essentiel dans le financement complémentaire des soins de santé, en prenant en charge tout ou partie des dépenses non couvertes par les régimes publics :

- **Mutuelles de santé** : Ces organisations à but non lucratif fonctionnent sur un principe de solidarité entre membres, offrant une couverture complémentaire souvent adaptée aux travailleurs indépendants, aux populations informelles, ou à certaines catégories socio-professionnelles. Elles favorisent la protection financière contre les dépenses imprévues et la réduction des inégalités.
- **Assureurs privés** : Proposent des contrats d'assurance santé, souvent plus complets, incluant des garanties élargies (hospitalisation, soins spécialisés, médecines alternatives). Ils interviennent dans des segments du marché où la couverture publique est insuffisante ou inexistante, notamment pour les classes moyennes et supérieures.
- **Dépendance au cadre réglementaire** : Le développement et l'efficacité de ces acteurs dépendent fortement des lois encadrant le secteur de l'assurance, des incitations fiscales, et du degré de couverture universelle offerte par l'État. Un cadre clair et protecteur est nécessaire pour assurer la complémentarité et éviter la segmentation excessive du marché.
- **Impact sur l'équité** : Ces acteurs peuvent à la fois renforcer la protection sociale et créer des inégalités si leur accès est limité par les coûts ou la sélection des risques. Ils participent néanmoins à la diversification des sources de financement, ce qui peut soulager les finances publiques.

3.4. Les ONG et acteurs communautaires

Dans de nombreux pays, notamment dans les régions à ressources limitées ou affectées par des crises humanitaires, les organisations non gouvernementales (ONG) et acteurs communautaires jouent un rôle crucial :

- **Complémentarité à l'offre publique** : Ces acteurs interviennent souvent dans des zones rurales isolées, des quartiers urbains défavorisés, ou des contextes de fragilité où l'accès aux soins est limité. Ils apportent des services de prévention, de soins primaires, de sensibilisation, et parfois des soins spécialisés.
- **Programmes ciblés et innovation sociale** : Les ONG développent des programmes spécifiques pour répondre à des besoins locaux, comme la lutte contre le VIH/SIDA, la santé maternelle et infantile, la vaccination, ou l'éducation sanitaire. Elles innovent aussi souvent dans les modes d'organisation communautaire et la participation des bénéficiaires.
- **Renforcement de l'équité territoriale** : En se focalisant sur les populations marginalisées, les ONG contribuent à réduire les disparités d'accès aux soins entre zones urbaines et rurales, et entre groupes socio-économiques.
- **Rôle dans la réponse humanitaire** : En situation d'urgence (catastrophes naturelles, conflits), ces acteurs sont souvent en première ligne pour assurer l'aide médicale d'urgence, la

distribution de médicaments, la prise en charge psychosociale, et la coordination avec les autorités locales et internationales.

- **Interaction avec les systèmes nationaux** : Pour être efficaces et pérennes, les ONG doivent s'intégrer aux politiques nationales, collaborer avec les acteurs publics, et renforcer les capacités locales, afin d'éviter la fragmentation des soins et d'assurer la continuité des interventions.

Conclusion

Ce chapitre a permis de mettre en évidence la pluralité des systèmes de santé dans le monde, à travers une typologie fondée sur les grands modèles historiques (bismarckien, beveridgien, libéral et hybride), chacun répondant à des logiques socio-économiques distinctes. Ces systèmes, bien qu'issus de contextes nationaux spécifiques, partagent des défis communs liés aux caractéristiques économiques du secteur de la santé : asymétrie d'information, sélection adverse, aléa moral, et arbitrage constant entre équité, efficacité et soutenabilité financière.

L'analyse des fonctions économiques et du rôle des différents acteurs, publics comme privés, souligne l'importance d'une régulation adaptée, garante de la cohérence globale des systèmes. Ainsi, la compréhension fine de ces spécificités est indispensable pour évaluer les performances des systèmes de santé et concevoir des politiques de réforme adaptées aux enjeux contemporains : vieillissement démographique, progrès technologiques, inégalités d'accès et résilience face aux crises sanitaires.

Chapitre 3 : Analyse historique, comparative et analytique des systèmes de santé

Introduction :

Ce chapitre propose d'explorer l'histoire des systèmes de santé, les critères permettant de les comparer, ainsi que l'analyse des performances et des dépenses à l'échelle mondiale. L'approche combine une perspective historique, une comparaison des grands modèles et l'étude de cas concrets. Cela permet d'identifier les grandes tendances, les similitudes, mais aussi les différences majeures qui caractérisent les systèmes de santé selon les pays.

Section 1 : Émergence historique des systèmes de santé

1.1. Les origines au XIXe siècle : industrialisation et question sociale

Au XIXe siècle, les systèmes de santé commencent à prendre forme dans un contexte marqué par l'industrialisation rapide et l'urbanisation. Ce phénomène a engendré une multiplication des risques sanitaires, notamment en milieu urbain, où les conditions de vie sont souvent insalubres, avec des maladies infectieuses et des accidents du travail fréquents. Par ailleurs, la précarisation du salariat, caractérisée par un faible niveau de protection sociale et des conditions de travail difficiles, a donné lieu à une montée des revendications sociales.

Face à ces défis, des initiatives privées et communautaires se développent, comme les sociétés de secours mutuel qui reposent sur la solidarité entre travailleurs pour s'assurer contre les risques de maladie ou d'accident. Ces premières formes d'assurance maladie professionnelle et de soutien social jettent les bases des futurs systèmes publics. En parallèle, des actions philanthropiques complètent l'offre, avec la création d'hôpitaux et de dispensaires à but non lucratif.

1.2. Le tournant des guerres mondiales et l'affirmation de l'État-providence

Les deux conflits mondiaux du XXe siècle ont profondément transformé les systèmes de santé. La mobilisation massive des populations, les blessures graves, et la nécessité de maintenir la cohésion sociale ont conduit à une implication accrue de l'État dans la santé publique.

En Allemagne, le modèle dit bismarckien, fondé sur des assurances sociales obligatoires financées par les cotisations des employeurs et salariés, s'est renforcé dès la fin du XIXe siècle et s'est généralisé pour couvrir progressivement l'ensemble de la population active. Ce système repose sur une logique d'assurance sociale professionnelle, où la protection est liée à l'emploi.

Au Royaume-Uni, le rapport Beveridge de 1942 a posé les fondations du National Health Service (NHS) créé en 1948, un système financé principalement par l'impôt et offrant un accès universel et gratuit aux soins. Ce modèle met l'accent sur une couverture étatique forte et la gratuité au point de service.

En France, la création de la Sécurité sociale en 1945 a marqué l'avènement d'un modèle hybride combinant la cotisation sociale obligatoire avec une forte intervention publique. La Sécurité sociale

visé à garantir une protection universelle tout en s'appuyant sur des caisses de branche et une participation de différents acteurs sociaux.

1.3. L'universalisation progressive et les défis de l'après-guerre

La période dite des Trente Glorieuses, caractérisée par une croissance économique soutenue, a permis une extension rapide de la couverture sociale et sanitaire à la quasi-totalité des populations dans les pays industrialisés. La confiance dans le progrès technique et social a favorisé des investissements importants dans les infrastructures sanitaires et la formation des professionnels.

Cependant, à partir des années 1980, l'explosion des dépenses de santé, liée au vieillissement des populations, à l'apparition de nouvelles technologies coûteuses, et à l'augmentation des maladies chroniques, a posé de sérieux problèmes de soutenabilité financière. Cette situation a contraint les gouvernements à engager des réformes visant à améliorer l'efficacité des systèmes, à renforcer la régulation des coûts, et à encourager des modes de financement plus diversifiés. Les débats autour de l'équilibre entre accès universel, qualité des soins et maîtrise des dépenses sont devenus centraux.

Section 2 : Critères d'évaluation et de comparaison des systèmes de santé

Pour étudier les systèmes de santé de manière rigoureuse, il est indispensable de s'appuyer sur des critères multidimensionnels qui permettent de saisir leurs complexités et leurs spécificités.

2.1. Le mode de financement

Le mode de financement constitue un axe fondamental de classification des systèmes. Certains sont majoritairement financés par l'impôt, comme le modèle étatique britannique, où la fiscalité générale finance un système public assurant un accès universel. D'autres reposent principalement sur des cotisations sociales, typiques des systèmes assurantiels comme en Allemagne ou en France, où employeurs et salariés contribuent à des caisses spécifiques. Enfin, certains systèmes adoptent un mode de financement basé sur le paiement direct par les usagers ou via une assurance privée, comme aux États-Unis, où les dépenses de santé sont souvent couvertes par des polices d'assurance privées individuelles ou collectives.

Chaque mode de financement a des implications différentes en termes de solidarité, de mutualisation des risques et d'efficacité économique. Par exemple, le financement par l'impôt tend à favoriser l'égalité d'accès, tandis que le financement par assurance sociale repose sur une relation contributive liée à l'emploi. Le mode de paiement influe aussi sur les comportements des prestataires et des patients, ce qui a des conséquences directes sur les coûts et la qualité des soins.

2.2. Accessibilité et couverture

La couverture universelle est une ambition partagée par la plupart des pays, mais sa réalisation est très variable. L'accessibilité se mesure selon plusieurs dimensions complémentaires :

D'abord, la couverture géographique, c'est-à-dire la répartition équilibrée des infrastructures et des professionnels sur le territoire, qui conditionne la possibilité pour tous d'accéder aux services de santé, notamment dans les zones rurales ou isolées.

Ensuite, la couverture financière, qui traduit la capacité du système à protéger les individus des coûts directs liés aux soins. Un bon système garantit que personne ne renonce à se soigner faute de moyens, par le biais d'une prise en charge totale ou partielle des dépenses.

Enfin, la couverture en soins essentiels, qui consiste à définir un panier minimal de services garantis à tous, incluant la prévention, les soins curatifs et la réadaptation. Ces trois dimensions sont essentielles pour évaluer l'équité et la qualité d'un système.

Les écarts d'accès à ces différents niveaux sont des indicateurs clés des inégalités territoriales et sociales en santé.

2.3. Qualité et efficacité des soins

La qualité des soins est une notion multidimensionnelle qui comprend les aspects techniques (adéquation des traitements, respect des bonnes pratiques), relationnels (communication entre soignants et patients) et organisationnels (coordination entre les différents acteurs, continuité des soins).

Elle est mesurée par des indicateurs tels que la mortalité évitable, le taux d'infections nosocomiales, ou la satisfaction des patients. Un autre indicateur important est le taux de recours excessif (consultations ou examens inutiles) ou insuffisant (retards de diagnostic ou traitement), qui reflète des dysfonctionnements dans le système.

L'efficacité évalue dans quelle mesure les résultats en santé sont obtenus avec une utilisation optimale des ressources disponibles, en minimisant les gaspillages tout en garantissant la qualité. La coordination des soins, notamment pour les maladies chroniques, est un facteur clé d'efficacité.

2.4. Équité et inégalités de santé

L'équité dans un système de santé se mesure à travers plusieurs angles :

D'abord, l'égalité d'accès aux soins, c'est-à-dire la capacité de chacun, indépendamment de son revenu, lieu de résidence ou statut social, à bénéficier d'une prise en charge appropriée.

Ensuite, l'équité dans la contribution financière, qui implique que les prélèvements liés au financement de la santé soient proportionnels aux capacités de paiement, favorisant ainsi une progressivité des efforts contributifs.

Enfin, la réduction des inégalités sociales de santé, en lien avec les déterminants sociaux (conditions de vie, éducation, emploi). Un système équitable doit contribuer à réduire ces écarts en ciblant les populations vulnérables.

Des indicateurs tels que l'indice de concentration des dépenses ou le taux de renoncement aux soins pour raisons financières sont utilisés pour analyser ces dimensions.

Section 3 : Performances sanitaires et dépenses de santé à l'échelle internationale

3.1. Comparaisons internationales (OCDE, Banque mondiale)

Les bases de données internationales fournies par des organisations comme l'OCDE, l'Organisation mondiale de la santé ou la Banque mondiale permettent d'établir des comparaisons rigoureuses des performances sanitaires et des dépenses. Ces comparaisons révèlent des tendances importantes. Par exemple, certains pays réussissent à obtenir de meilleurs résultats de santé (espérance de vie, mortalité infantile) avec des dépenses par habitant moindres, témoignant d'une meilleure efficience.

Par ailleurs, les écarts importants dans le ratio dépenses/PIB consacrées à la santé mettent en lumière des différences structurelles dans les modes de financement, les priorités nationales, et les niveaux de technicité des systèmes. Ces analyses internationales permettent aussi d'identifier les modèles performants et d'inspirer

3.2. Pays du Nord et pays du Sud

Les pays du Nord, regroupant majoritairement les nations d'Europe occidentale, l'Amérique du Nord, ainsi que certains pays asiatiques développés, disposent de systèmes de santé qui ont atteint une maturité avancée. Ces systèmes se caractérisent par une forte dépense publique et privée, une infrastructure sanitaire étendue, ainsi qu'une large couverture de la population. Cette maturité s'appuie sur des décennies de construction institutionnelle, d'investissements continus et de dispositifs réglementaires visant à garantir un accès quasi universel aux soins.

En revanche, les pays du Sud, notamment ceux d'Afrique, d'Asie du Sud et d'Amérique latine, doivent souvent composer avec des ressources limitées, une organisation sanitaire encore embryonnaire, et des contextes socio-économiques complexes. Parmi les difficultés majeures, on retrouve une sous-dotatation budgétaire chronique qui empêche le développement d'infrastructures adéquates et limite la formation et la rétention du personnel médical qualifié. Cette situation s'aggrave avec l'existence de fractures territoriales profondes, où les zones rurales sont souvent délaissées au profit des centres urbains, créant des disparités flagrantes d'accès aux soins.

Un autre aspect crucial dans ces pays est la prédominance du secteur informel dans l'économie, ce qui conduit à un recours massif au paiement direct pour les soins. Cette forme de financement pose des problèmes d'équité et de soutenabilité, car elle pénalise les populations les plus vulnérables, souvent contraintes de renoncer aux soins. Face à ces défis, les pays africains, par exemple, s'appuient largement sur l'aide internationale, qu'elle soit bilatérale ou multilatérale, et développent des partenariats public-privé pour tenter d'étendre la couverture minimale des soins. Ces initiatives, bien qu'essentielles, restent insuffisantes pour assurer une protection sociale de santé véritablement universelle.

Section 4 : Études de cas : diversité des modèles et enseignements comparés

4.1. France : un modèle hybride performant mais sous tension

Le système de santé français se distingue par son caractère hybride, combinant une forte solidarité collective, incarnée par la Sécurité sociale, avec une large liberté de choix pour les usagers. Cette organisation offre un panier de soins très étendu, englobant la majorité des actes médicaux, des hospitalisations, et des médicaments, garantissant ainsi une couverture quasi universelle. La qualité des soins est globalement élevée, soutenue par un réseau dense de professionnels de santé et une infrastructure hospitalière avancée.

Cependant, malgré ces atouts, le système français est confronté à plusieurs défis majeurs. La croissance rapide des dépenses de santé met sous pression les finances publiques, notamment à cause du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et de l'évolution des technologies médicales. Par ailleurs, des inégalités territoriales se creusent, avec l'apparition de déserts médicaux où l'accès aux soins devient problématique. Enfin, la complexité administrative, résultant d'une organisation très segmentée entre assurance maladie, complémentaires santé, et acteurs divers, génère des coûts et une certaine inefficacité.

4.2. Allemagne : concurrence régulée et discipline financière

Le système allemand, fondé sur le modèle bismarckien, repose sur un ensemble d'environ cent caisses d'assurance maladie, financées par des cotisations sociales proportionnelles aux revenus. Ce système privilégie la concurrence encadrée entre caisses, offrant aux assurés une liberté relative de choix, tout en assurant un niveau élevé de couverture et de prestations. L'État joue un rôle de régulateur pour maintenir l'équilibre financier et la cohérence du système.

Cette organisation a démontré une certaine flexibilité face aux évolutions démographiques et économiques, permettant d'ajuster les cotisations et les prestations selon les besoins. Néanmoins, le coût global reste élevé, et la pression exercée par le vieillissement de la population, combinée à l'augmentation des dépenses liées aux maladies chroniques, pose des défis importants pour la soutenabilité financière. De plus, la complexité de la gestion décentralisée peut engendrer des inégalités d'accès et des disparités régionales.

4.3. Royaume-Uni : universalité sous contrainte budgétaire

Le National Health Service (NHS) britannique est un système fondé sur le financement public intégral par l'impôt, avec une prestation majoritairement publique des soins. Il s'appuie sur des principes forts d'universalité, d'équité et d'accès gratuit au point de service, visant à garantir à tous les citoyens un accès aux soins sans barrière financière.

Le NHS met également un accent particulier sur la prévention et la coordination des soins. Toutefois, il est soumis à des contraintes budgétaires persistantes qui génèrent des tensions majeures. Le système fait face à des surcharges chroniques, traduites par des listes d'attente longues et une pression intense sur le personnel médical, ce qui impacte la qualité perçue des soins. La capacité d'innovation

technologique y est par ailleurs plus limitée comparée à certains autres pays développés. Ces difficultés questionnent la viabilité du modèle dans un contexte de demande croissante et de ressources financières contraintes.

4.4. États-Unis : innovation et inégalités

Le système de santé américain est caractérisé par une forte capacité d'innovation, notamment dans le domaine technologique et pharmaceutique. Les États-Unis disposent d'un secteur hospitalier et médical privé très développé, souvent à la pointe des avancées scientifiques et technologiques.

Cependant, cette performance s'accompagne de fortes inégalités d'accès. Le système est fragmenté entre de multiples régimes d'assurance, publics et privés, avec des zones de non-couverture importantes, notamment chez les populations à faibles revenus. Le recours massif au paiement direct et à l'assurance privée entraîne des coûts administratifs élevés et une inefficience économique manifeste. Ces facteurs contribuent à un paradoxe où l'excellence médicale côtoie une exclusion sociale importante, ce qui alimente des débats politiques récurrents sur la réforme du système.

4.5. Pays africains : entre résilience et précarité

Dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, les systèmes de santé sont marqués par une faible couverture sanitaire, une dépendance élevée aux financements externes et des ressources humaines insuffisantes. Les infrastructures sont souvent inadéquates, avec une concentration dans les zones urbaines au détriment des régions rurales.

Face à ces difficultés, plusieurs initiatives émergent pour renforcer la résilience et améliorer l'accès aux soins. Parmi elles, les mutuelles de santé communautaires jouent un rôle crucial en mutualisant les risques au niveau local. Par ailleurs, des programmes nationaux de couverture universelle, comme la RAMU au Sénégal ou la CNAM au Maroc, tentent de structurer et d'étendre la protection sociale. La télémédecine et les technologies mobiles sont également explorées comme moyens d'élargir l'accès, notamment dans les zones isolées.

Cependant, ces efforts butent souvent sur la viabilité financière, la coordination institutionnelle et la formation continue du personnel. La pérennisation de ces systèmes dépendra de l'amélioration des financements internes, d'une meilleure gouvernance, et d'une intégration harmonieuse des innovations technologiques adaptées au contexte local.

Conclusion

L'analyse historique, comparative et analytique des systèmes de santé met en lumière la diversité des trajectoires nationales, des logiques de financement et des niveaux de performance. Si des progrès notables ont été réalisés vers la couverture universelle, de fortes inégalités subsistent, notamment entre pays du Nord et du Sud. La compréhension des modèles existants, de leurs forces et de leurs limites, constitue un levier essentiel pour penser des réformes adaptées, équilibrant équité, qualité et soutenabilité.

Chapitre 4 : Gouvernance, politiques de santé et maîtrise des dépenses

Introduction

La gouvernance des systèmes de santé constitue un enjeu stratégique fondamental. Elle conditionne la capacité des États à définir des politiques publiques adaptées, à piloter des réformes efficaces, et à réguler les ressources pour répondre aux besoins sanitaires des populations dans un contexte souvent contraint. Ce chapitre approfondit les objectifs et outils des politiques de santé, les mécanismes de régulation des dépenses, les modalités d'extension de la couverture universelle, ainsi que les principaux défis que doivent affronter les systèmes contemporains.

Section1 : Objectifs et outils des politiques de santé

1.1. Les objectifs fondamentaux des politiques de santé

Les politiques de santé poursuivent traditionnellement trois objectifs majeurs, dont l'équilibre n'est pas toujours aisé à atteindre :

- **Amélioration de l'état de santé de la population** : L'accent est mis sur la prévention (vaccinations, dépistage, campagnes d'information) ainsi que sur la qualité et la sécurité des soins. La progression des connaissances médicales et des technologies permet d'améliorer la prise en charge, mais demande une adaptation constante des politiques pour garantir l'efficacité des interventions. Par ailleurs, la promotion de comportements favorables à la santé (hygiène, alimentation, activité physique) constitue une composante essentielle des stratégies de prévention.
- **Assurance de l'équité dans l'accès aux services** : Il s'agit de réduire les inégalités qui peuvent résulter de facteurs économiques, géographiques ou sociaux. L'équité implique notamment la prise en compte des populations vulnérables, l'accessibilité financière, et la lutte contre les déserts médicaux, pour éviter que les inégalités sociales ne se traduisent en inégalités sanitaires. Cet objectif engage également la dimension culturelle et linguistique des soins, afin d'adapter l'offre aux spécificités des différentes communautés.
- **Maîtrise des dépenses de santé** : Avec la croissance rapide des coûts, les politiques doivent assurer la soutenabilité financière des systèmes, tout en maintenant la qualité des soins. Ce défi conduit à rechercher des arbitrages délicats entre dépenses et résultats, nécessitant des analyses coûts-bénéfices et des évaluations rigoureuses des interventions.

En parallèle, des objectifs émergents gagnent en importance, notamment la promotion de la santé mentale, souvent sous-estimée, la lutte contre les inégalités sociales de santé – qui révèlent un lien étroit entre conditions de vie et état de santé – et le renforcement de la résilience face aux crises sanitaires majeures (pandémies, catastrophes naturelles). Ces enjeux requièrent une approche intégrée, multisectorielle et participative.

1.2. Les outils d'intervention publique

Les gouvernements disposent d'un large éventail d'instruments d'action, classables en trois catégories complémentaires :

- **Instruments réglementaires** : Ils comprennent la législation sanitaire, les normes d'hygiène publique, les obligations vaccinales, ainsi que l'autorisation et la surveillance des médicaments et dispositifs médicaux. Ces outils visent à garantir la sécurité sanitaire, encadrer les pratiques médicales, et protéger la population contre les risques sanitaires. La réglementation peut également imposer des contraintes sur la publicité ou l'étiquetage des produits à risque.
- **Instruments économiques** : Ils recouvrent les subventions ciblées, la fiscalité comportementale (exemple : taxes sur le tabac, boissons sucrées, alcool), et les incitations financières destinées aux professionnels de santé (primes liées à la qualité des soins, bonus à la performance). Ces mesures cherchent à orienter les comportements, tant des patients que des soignants, vers des pratiques souhaitables. L'ajustement des mécanismes de financement est aussi un levier majeur pour favoriser l'innovation et la qualité.
- **Instruments organisationnels** : Ils portent sur le pilotage des établissements de santé, la coordination entre acteurs (médecins généralistes, spécialistes, hôpitaux), la numérisation des parcours de soins et le développement de systèmes d'information intégrés. L'objectif est d'améliorer l'efficacité, la continuité et la qualité des soins. L'intégration des soins, notamment via des réseaux territoriaux ou des plateformes numériques, constitue une réponse aux besoins croissants de coordination.

Les pouvoirs publics combinent souvent ces leviers au sein de plans stratégiques nationaux, tels que le Plan Cancer ou la Stratégie Nationale de Santé, assortis d'indicateurs précis, dont la mise en œuvre est confiée à des agences dédiées (ex. : HAS en France). Ces agences jouent un rôle central dans l'évaluation, la certification et la diffusion des bonnes pratiques.

Section 2 : Régulation des dépenses de santé

2.1. Les enjeux de soutenabilité financière

La croissance structurelle des dépenses de santé résulte de plusieurs facteurs convergents :

- **L'allongement de la vie** conduit à une augmentation des besoins en soins, particulièrement pour les maladies chroniques et les soins de longue durée. Cette évolution démographique modifie profondément la nature des besoins et accroît la pression sur les services sociaux et sanitaires.
- **La médicalisation accrue des populations**, avec une demande croissante de technologies et de traitements, reflète l'évolution des attentes sociales et des standards de qualité. La surmédicalisation et les pratiques de "médecine défensive" peuvent néanmoins générer des coûts inutiles.
- **L'introduction continue d'innovations coûteuses**, souvent à forte valeur ajoutée clinique mais au prix élevé, fait pression sur les budgets. Le défi est d'intégrer ces innovations tout en maîtrisant leurs coûts, via des évaluations d'impact rigoureuses.

Face à ces dynamiques, la soutenabilité financière impose d'élaborer des stratégies permettant de contrôler la hausse des dépenses, sans compromettre la qualité ni l'accès aux soins. Cela nécessite une gouvernance forte, une transparence accrue des dépenses et un pilotage stratégique à long terme.

2.2. Les mécanismes de régulation

Plusieurs instruments sont mobilisés pour réguler à la fois les coûts et les volumes de soins :

- **Modes de rémunération des professionnels :**
 - *Paiement à l'acte* : Ce mode rémunère chaque acte réalisé, encourageant l'activité. Toutefois, il peut induire une surconsommation médicale et une focalisation sur la quantité plutôt que la qualité. Ce système est critiqué pour son manque d'incitation à la prévention.
 - *Forfait global ou capitation* : Ici, les professionnels perçoivent un montant fixe par patient ou par structure, ce qui incite à la maîtrise des coûts mais peut nuire à l'intensité et à la qualité des soins si les ressources sont insuffisantes.
 - *Paiement à la performance (P4P)* : Ce mécanisme valorise la qualité des prestations par des primes, afin de concilier incitation à l'efficacité et maintien de standards élevés. Il nécessite une définition précise des indicateurs de performance.
- **Maîtrise des prix et volumes :**
 - Fixation des tarifs de remboursement des actes médicaux, pour limiter les dépassements.
 - Encadrement du prix des médicaments par des agences spécialisées, favorisant la négociation avec l'industrie pharmaceutique.
 - Définition de listes de soins remboursables, afin de limiter la prise en charge aux interventions jugées efficaces et pertinentes, évitant les actes à faible valeur ajoutée.
- **Outils de pilotage macroéconomique :**
 - En France, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) fixe une enveloppe budgétaire annuelle, assurant un contrôle global des dépenses.
 - Certains pays nordiques adoptent des budgets fermés, contraignant les dépenses globales et impliquant une réallocation régulière des ressources.
- **Rationnement des soins :**
 - Implicite, via des files d'attente (exemple : NHS britannique) ou des délais d'accès, qui peuvent créer des inégalités.
 - Explicite, par la restriction de l'accès à certains traitements coûteux ou innovants, en fonction des critères d'efficacité et de coût-efficacité.

Les choix de régulation reflètent des arbitrages complexes, mêlant considérations économiques, valeurs sociales et acceptabilité politique. Ces mécanismes nécessitent un dialogue permanent entre pouvoirs publics, professionnels et usagers.

Section 3 : Couverture universelle et équité

3.1. Le principe de couverture universelle

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU), promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), vise à garantir un accès équitable à des soins essentiels sans entraîner de difficultés financières. Elle repose sur trois piliers interdépendants :

- **Universalité de la population couverte**, incluant toutes les catégories sociales et géographiques, sans exclusion basée sur le statut économique ou social.
- **Services couverts** : définition d'un panier minimal de soins essentiels, adaptés aux besoins prioritaires et en constante révision selon les évolutions sanitaires.
- **Protection financière** : réduction des dépenses à la charge des individus par le biais de mécanismes solidaires, visant à éviter le renoncement aux soins pour raisons économiques.

La réussite de la CSU nécessite une combinaison harmonieuse de financements solidaires (impôts, cotisations sociales), d'une régulation stricte des dépenses, et d'une organisation efficiente des services. Elle suppose aussi une gouvernance transparente et inclusive.

3.2. Progrès et limites dans les pays en développement

De nombreux pays du Sud ont engagé des réformes ambitieuses visant à élargir la couverture, notamment à travers des programmes nationaux comme le RAMED au Maroc, la Couverture Maladie Universelle (CMU) en Côte d'Ivoire, ou l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Sénégal. Ces initiatives ont permis d'améliorer l'accès aux soins pour des millions de personnes, mais restent confrontées à plusieurs obstacles majeurs :

- Faible taux de cotisation lié à une large informalité du travail, qui réduit la base de financement contributif.
- Insuffisance des ressources publiques, aggravée par des budgets limités et des priorités multiples dans un contexte de contraintes macroéconomiques.
- Manque d'infrastructures sanitaires, particulièrement en zones rurales ou périphériques, limitant l'accès physique aux soins.
- Fragmentation des dispositifs entre différents régimes ou programmes, compliquant la gestion et la continuité des soins.

Pour surmonter ces limites, des solutions innovantes sont explorées, comme les mutuelles communautaires, les fonds de solidarité nationaux ou les partenariats public-privé. Ces approches cherchent à élargir la base de financement tout en améliorant la gouvernance locale, en impliquant davantage les acteurs communautaires et en renforçant la transparence.

Section 4 : Défis contemporains des systèmes de santé

4.1. Vieillesse démographique

L'augmentation de l'espérance de vie et la croissance de la population âgée induisent une hausse significative des besoins sanitaires :

- Multiplication des pathologies chroniques et dégénératives telles qu'Alzheimer, les cancers, et les maladies cardiovasculaires.
- Augmentation des hospitalisations longues et des soins de support, nécessitant une prise en charge adaptée et coordonnée.
- Nécessité d'une coordination fine entre soins médicaux et services sociaux, pour favoriser le maintien à domicile et éviter l'institutionnalisation précoce.

Les systèmes de santé doivent ainsi évoluer vers une logique centrée sur le parcours de soins intégré, la prévention de la perte d'autonomie, et le financement durable des soins de longue durée. Cela suppose une évolution des compétences professionnelles et une adaptation des financements.

4.2. Transition épidémiologique et maladies chroniques

La transition épidémiologique observée dans de nombreux pays voit les maladies non transmissibles (diabète, hypertension, obésité, maladies cardiovasculaires) devenir la première cause de morbidité et mortalité. Cette évolution impose :

- Une réorientation forte vers la prévention primaire, pour agir sur les facteurs de risque tels que le tabagisme, l'alimentation ou la sédentarité.
- Une éducation sanitaire active, impliquant les patients dans la gestion de leur santé, favorisant l'autonomie et l'adhésion aux traitements.
- La chronicisation de la prise en charge, avec un suivi à long terme adapté, intégrant la gestion des complications.
- L'intégration des soins primaires, spécialisés et pharmaceutiques pour une gestion cohérente et coordonnée des patients.

4.3. Innovations technologiques et inflation des coûts

Les progrès technologiques, notamment en imagerie médicale, biothérapies, intelligence artificielle, révolutionnent la médecine, mais amplifient les coûts. Le défi est double :

- Évaluer rigoureusement l'utilité médicale des innovations, en s'appuyant sur des agences indépendantes comme la HAS en France, afin d'éviter la diffusion non justifiée de technologies coûteuses.
- Réguler la diffusion pour éviter un recours excessif, inégalement réparti selon les territoires ou groupes sociaux, ce qui pourrait accentuer les inégalités.

Par ailleurs, la télémédecine offre des opportunités de gain d'efficacité, d'accès aux soins en zones isolées, mais soulève des questions d'éthique, de confidentialité des données, et creuse parfois la fracture numérique. Sa mise en œuvre doit s'accompagner de dispositifs réglementaires et d'une formation adaptée.

Conclusion :

La gouvernance des systèmes de santé repose sur un équilibre complexe entre efficacité, équité et soutenabilité financière. À travers des politiques publiques ciblées, des mécanismes de régulation des dépenses et l'ambition d'une couverture universelle, les États cherchent à répondre aux besoins sanitaires croissants dans un contexte de ressources limitées. Toutefois, les défis contemporains, tels que ; le vieillissement démographique, la transition épidémiologique et les inégalités persistantes appellent à des réformes structurelles, une innovation organisationnelle et un renforcement de la coordination entre acteurs. La capacité à maîtriser les dépenses tout en garantissant l'accès équitable à des soins de qualité demeure un enjeu central pour l'avenir des systèmes de santé.

Chapitre 5 : Modes de gestion et modèles organisationnels des systèmes de santé

Introduction

La gestion des systèmes de santé constitue un pilier fondamental des politiques publiques de santé, dans la mesure où elle conditionne non seulement l'efficacité économique du secteur mais également l'équité d'accès et la qualité des soins délivrés à la population. Les modèles organisationnels ne se limitent pas à des structures institutionnelles figées ; ils traduisent des arbitrages permanents entre des objectifs parfois contradictoires : maîtrise des dépenses, satisfaction des usagers, égalité d'accès, innovation thérapeutique, et sécurité sanitaire. Ces choix sont fortement influencés par l'histoire des systèmes nationaux, leurs cadres juridiques, leurs modes de financement et la place respective qu'ils accordent au marché et à l'État.

Dans ce contexte, les modes de gestion reflètent la manière dont les différents acteurs du système interagissent, définissent les priorités, coordonnent les ressources et évaluent les performances. Ce chapitre propose une analyse approfondie de ces dimensions, à travers l'étude des modèles de gouvernance, la répartition des rôles entre acteurs publics et privés, les mécanismes de financement et d'incitation, les logiques de gestion hospitalière et la participation croissante des usagers dans les processus décisionnels.

Section 1 : Modèles de gouvernance des systèmes de santé

La gouvernance d'un système de santé renvoie à l'ensemble des mécanismes, processus et institutions par lesquels les décisions sont prises, mises en œuvre et évaluées. Elle comprend la répartition des compétences entre niveaux d'autorité (national, régional, local), la coordination entre acteurs (ministères, agences, professionnels, établissements), ainsi que les mécanismes de transparence et de redevabilité.

1.1 Modèle centralisé vs décentralisé

Un système de santé **centralisé** confie la majorité des responsabilités à l'État, souvent à travers un ministère de la santé ou une agence nationale. Ce modèle permet une homogénéité dans l'offre de soins, une planification globale des ressources humaines et matérielles, et une mise en œuvre cohérente des politiques sanitaires. Cependant, il est souvent critiqué pour son manque de réactivité face aux besoins locaux, la lourdeur bureaucratique, et le déficit d'innovation managériale.

À l'inverse, un système **décentralisé** transfère des compétences (budgétaires, organisationnelles, décisionnelles) aux collectivités territoriales ou à des entités régionales. Cela favorise l'adaptation aux spécificités locales, encourage l'expérimentation, et peut accroître l'efficacité de certaines fonctions (comme la prévention ou la gestion des soins primaires). Toutefois, la décentralisation sans mécanismes correcteurs peut accentuer les disparités territoriales, créer des inégalités d'accès aux soins et rendre difficile la coordination nationale.

1.2 Gouvernance verticale vs horizontale

La gouvernance peut aussi être structurée selon des logiques **verticales** ou **horizontales** :

- **La gouvernance verticale** est hiérarchique, avec des niveaux de commandement bien définis. Elle s'appuie sur des instructions descendantes, un pilotage centralisé et des indicateurs normés. Ce modèle est efficace pour les politiques de grande ampleur (campagnes de vaccination, urgences sanitaires) mais peut freiner l'autonomie locale.
- **La gouvernance horizontale** valorise les réseaux, les partenariats intersectoriels (entre santé, éducation, social, etc.) et la participation d'une pluralité d'acteurs (professionnels, usagers, collectivités). Elle favorise l'innovation, la coordination des parcours de soins et l'appropriation locale des politiques. Néanmoins, elle exige une culture du consensus, des outils de coordination robustes et une forte capacité de régulation.

1.3 Qualité de la gouvernance et performances sanitaires

Les travaux de la Banque mondiale et de l'OMS insistent sur le rôle de la **bonne gouvernance** (good governance) comme levier d'amélioration de la performance des systèmes de santé. Les dimensions clés incluent la transparence des décisions, la participation des parties prenantes, la lutte contre la corruption, la qualité des données et la redevabilité des acteurs. Une gouvernance déficiente entraîne inefficience, iniquités, gaspillage de ressources et perte de confiance du public.

Section 2 : Rôles comparés des secteurs public, privé et des partenariats

Les systèmes de santé contemporains sont organisés autour d'une pluralité d'acteurs aux statuts, logiques et responsabilités différenciés. Le secteur **public**, historiquement dominant dans de nombreux pays, coexiste avec un secteur **privé** de plus en plus actif, que ce soit dans la fourniture des soins, la gestion des établissements ou le financement. Par ailleurs, des formes **hybrides** de collaboration, notamment les partenariats public-privé (PPP), se sont développées pour répondre à des besoins spécifiques ou pallier les défaillances des acteurs publics. Cette pluralité soulève des enjeux majeurs en termes d'équité, d'efficacité, de qualité des soins et de régulation.

2.1 Le secteur public : garant de l'intérêt général et de l'accès universel

Le secteur public de la santé remplit une **fonction régulatrice**, planificatrice et distributive. Dans de nombreux systèmes, il assure :

- la fourniture directe de soins via des hôpitaux, centres de santé ou dispensaires publics ;
- la régulation des professions de santé (formation, accréditation, normes professionnelles) ;
- le financement de la santé par le biais de l'assurance maladie obligatoire, du budget de l'État ou de transferts sociaux ;
- la gestion des crises sanitaires et la mise en œuvre des politiques de santé publique (vaccination, prévention, surveillance épidémiologique).

Le secteur public est particulièrement déterminant dans les contextes à faibles revenus ou dans les régions reculées, où les logiques marchandes sont peu rentables. Il constitue le principal levier de la justice sanitaire et de l'universalité des soins.

Toutefois, les limites du secteur public sont nombreuses : sous-financement chronique, inefficiences managériales, rigidités administratives, fuite des personnels vers le privé, et parfois, perte de confiance des usagers dans la qualité du service public.

2.2 Le secteur privé : acteur complémentaire ou concurrent ?

Le secteur privé regroupe une diversité d'acteurs allant des praticiens libéraux aux cliniques commerciales, en passant par les laboratoires pharmaceutiques, les compagnies d'assurance et les ONG médicales.

Ses avantages comparatifs sont :

- une plus grande flexibilité organisationnelle ;
- une réactivité accrue face aux besoins de la clientèle ;
- une capacité d'investissement plus rapide dans les technologies médicales ;
- une diversification de l'offre de soins, en particulier dans les zones urbaines.

Dans les pays développés, le secteur privé peut représenter jusqu'à 40 % des prestations médicales, et parfois davantage dans certains pays en développement. Il contribue à désengorger le secteur public, à stimuler l'innovation et à répondre à la demande solvable. Cependant, il tend à se concentrer sur les segments rentables du marché (chirurgie, soins spécialisés, villes riches), ce qui aggrave les inégalités d'accès aux soins.

De plus, son intégration dans les politiques nationales de santé demeure problématique : sans régulation stricte, le secteur privé peut générer des dérives lucratives, un surtraitement médical, voire des conflits d'intérêts entre efficacité économique et éthique de soins.

2.3 Les partenariats public-privé (PPP) : vers une logique coopérative ?

Face aux contraintes budgétaires et aux besoins croissants en infrastructures sanitaires, de nombreux pays ont adopté des PPP pour construire, équiper ou gérer des établissements de santé. Ces partenariats consistent à faire appel à un acteur privé pour une prestation de service ou un projet de long terme, tout en conservant une régulation publique.

Parmi les exemples notables :

- la construction d'hôpitaux via des concessions ou des baux à long terme ;
- la gestion externalisée des services de restauration, blanchisserie ou logistique hospitalière ;
- les projets de télémédecine en collaboration avec des opérateurs numériques ;
- les achats groupés de médicaments ou d'équipements grâce à des ententes publiques-privées.

Les PPP peuvent renforcer l'efficacité opérationnelle, accélérer la modernisation des infrastructures et transférer certains risques au secteur privé. Cependant, ils posent plusieurs défis :

- asymétries d'information et déséquilibres contractuels au profit du privé ;
- rémunérations élevées pesant sur les finances publiques à long terme ;
- difficulté à contrôler la qualité des soins et à sanctionner les dérives ;
- risque de dépendance technologique ou logistique.

L'efficacité des PPP dépend ainsi de la capacité de l'État à négocier, réguler et évaluer ces partenariats de manière rigoureuse, en veillant à ce qu'ils servent véritablement l'intérêt public.

2.4 Vers une coordination des rôles ?

La tendance actuelle dans de nombreux pays est à une articulation intelligente entre les secteurs public et privé. Plutôt que d'opposer les logiques marchandes et les principes de solidarité, certains modèles promeuvent des mécanismes de co-régulation, d'intégration verticale des soins (prévention, soins primaires, hospitaliers, post-hospitaliers) et de partage de données pour un pilotage coordonné.

Des outils comme les contrats de performance, les accréditations partagées, les réseaux territoriaux de santé et la participation communautaire permettent de mieux répartir les rôles selon les compétences de chacun, dans un cadre régulé et piloté par l'État.

Section 3 : Typologie des modèles organisationnels hospitaliers

L'hôpital constitue l'un des piliers du système de santé, tant par sa centralité dans la chaîne de soins que par les ressources qu'il mobilise (financières, humaines, technologiques). Les modèles d'organisation hospitalière varient considérablement selon les pays, les régimes de financement, et les choix politiques. L'analyse comparative des modèles hospitaliers met en évidence des formes diverses de gouvernance, de financement et de gestion, allant de l'administration publique directe à des formes décentralisées, autonomes, privées ou mutualistes.

3.1 Le modèle hospitalier étatique ou centralisé

Dans ce modèle, l'hôpital est entièrement propriété de l'État, intégré à l'administration publique, financé par le budget général, et géré selon des règles strictes du droit public. Ce modèle est typique des systèmes de type Beveridgien (Royaume-Uni, pays nordiques) ou des pays à système de santé nationalisé (comme l'Algérie ou Cuba).

Les caractéristiques principales sont :

- une gestion hiérarchique sous tutelle ministérielle ou régionale ;
- un financement direct par dotation globale, sans lien avec la performance ;
- une carrière administrative des personnels (fonction publique hospitalière) ;
- une faible autonomie de gestion des établissements.

Ce modèle présente l'avantage d'une forte intégration au service public, d'une équité théorique dans l'accès aux soins, et d'une capacité de planification centralisée. Cependant, il souffre souvent de lourdeurs bureaucratiques, d'un manque de souplesse managériale, et d'un déficit d'incitations à l'efficacité.

3.2 Le modèle hospitalier autonome (public à gestion indépendante)

Dans ce cadre, les hôpitaux publics disposent d'une autonomie administrative et financière, tout en restant sous contrôle de l'État. Ils peuvent gérer leur budget, recruter du personnel contractuel, et nouer des partenariats. Ce modèle est utilisé en France avec les établissements publics de santé, en Tunisie avec les EPS, ou dans plusieurs pays d'Europe centrale.

Les spécificités sont :

- un budget propre, basé sur l'activité (ex. : tarification à l'activité, T2A) ;
- une direction nommée, mais responsable des résultats ;
- la possibilité d'expérimenter de nouvelles formes de gouvernance (comités médicaux, conseils d'administration élargis) ;
- un contrôle a posteriori par l'État, via des objectifs de performance.

Ce modèle vise à combiner les valeurs du service public (accès, mission sociale) avec les méthodes du management privé (efficacité, responsabilisation). Il nécessite cependant des capacités de pilotage accrues, des outils d'évaluation rigoureux, et une vigilance contre les effets pervers (course à l'activité, sélection des patients).

3.3 Le modèle hospitalier privé à but lucratif

Dans ce modèle, l'hôpital est détenu et géré par des investisseurs privés ou des groupes hospitaliers commerciaux. Son objectif est de générer un rendement économique, tout en fournissant des soins de qualité. Ce modèle est dominant aux États-Unis, en partie en Allemagne, et dans certains pays émergents.

Les caractéristiques principales sont :

- une gestion selon les règles du droit commercial ;
- une tarification libre ou négociée avec les assurances ;
- des incitations à la rentabilité, à l'innovation et à l'attractivité ;
- une orientation vers les actes médicaux rentables et à forte valeur ajoutée.

Les hôpitaux privés lucratifs sont souvent plus performants sur les plans technologique et organisationnel, mais leur présence soulève des questions d'accès équitable, de sélection des patients, et de priorisation du profit sur le besoin médical. Leur régulation par les pouvoirs publics est essentielle pour éviter les abus et les externalités négatives.

3.4 Le modèle hospitalier privé non lucratif ou mutualiste

Ce modèle regroupe les hôpitaux gérés par des organisations à but non lucratif : fondations, mutuelles, ordres religieux, associations. Présents historiquement dans de nombreux pays (ex. : hôpitaux confessionnels en Afrique ou en Amérique latine, cliniques mutualistes en France), ces établissements combinent valeurs éthiques, mission sociale et gestion autonome.

Caractéristiques :

- absence de distribution de profits aux actionnaires ;
- gouvernance par un conseil d'administration représentatif (usagers, médecins, salariés)
- financement mixte (subventions, dons, cotisations mutualistes, facturation) ;
- forte ancrage territorial et communautaire.

Ces hôpitaux sont réputés pour leur proximité avec les populations, leur engagement dans la prévention et la promotion de la santé, et leur souci de qualité humaine. Toutefois, ils peuvent souffrir de ressources limitées, d'un accès inégal aux innovations, ou d'une fragilité institutionnelle en contexte concurrentiel.

3.5 Les modèles hybrides ou mixtes

Dans plusieurs pays, des modèles hybrides émergent, combinant financement public, gestion privée, ou gouvernance participative. Ces structures peuvent :

- être publiques mais gérées par un opérateur privé (ex. : délégation de service public) ;
- être privées mais largement financées par l'État ou les assurances sociales ;
- inclure des modes de gouvernance mixtes (État, collectivités, médecins, représentants des usagers).

L'objectif est de bénéficier des avantages respectifs des deux secteurs : stabilité et mission sociale du public, efficacité et réactivité du privé. Toutefois, la réussite de ces modèles dépend d'un cadre contractuel solide, d'un suivi régulier de la qualité des soins, et d'un contrôle démocratique.

Section 4 : L'impact de la gouvernance hospitalière sur la performance des systèmes de santé

La gouvernance hospitalière désigne l'ensemble des mécanismes institutionnels, organisationnels et stratégiques qui orientent la prise de décision, la gestion des ressources, et l'exercice du pouvoir au sein des établissements hospitaliers. Elle est un levier déterminant de la performance des systèmes de santé, car les hôpitaux mobilisent la majorité des dépenses, concentrent les compétences médicales, et sont au cœur du parcours de soins. L'analyse de la gouvernance hospitalière permet d'évaluer son influence sur cinq dimensions fondamentales de performance : l'efficacité, la qualité des soins, la transparence, l'équité et la participation des usagers.

4.1 Efficience : l'optimisation des ressources et la rationalisation des coûts

L'efficience hospitalière repose sur la capacité à produire le maximum de résultats sanitaires avec un minimum de ressources mobilisées. Une bonne gouvernance permet :

- une gestion budgétaire rigoureuse, en évitant le gaspillage et les redondances ;
- une allocation optimale des ressources humaines, techniques et financières ;
- la mise en place d'outils de pilotage : comptabilité analytique, tableaux de bord, indicateurs de productivité ;
- l'adoption de modèles de financement incitatifs à la performance (ex. : tarification à l'activité, contractualisation basée sur les résultats).

L'autonomisation des établissements peut renforcer l'efficience si elle s'accompagne de mécanismes de régulation efficaces (évaluations externes, audits, benchmarking). À l'inverse, un excès de bureaucratie ou une gouvernance trop centralisée peut induire des effets d'inertie et un sous-emploi des ressources disponibles.

4.2 Qualité des soins : sécurité, efficacité et continuité

Une gouvernance hospitalière efficace garantit non seulement l'accès aux soins, mais aussi leur qualité selon trois critères : la sécurité (réduction des risques), l'efficacité (résultats cliniques) et la continuité (coordination des parcours).

Elle suppose :

- une culture de l'évaluation et de l'amélioration continue (accréditation, certification, revues de morbi-mortalité) ;
- l'implication des professionnels de santé dans les décisions stratégiques, renforçant leur adhésion et responsabilisation ;
- une gouvernance clinique intégrée, où les médecins sont associés à la gestion de l'établissement ;
- des protocoles standardisés fondés sur les preuves, réduisant les variations de pratique.

Les dysfonctionnements dans la gouvernance (manque de leadership, absence de contrôle qualité, conflits d'intérêts) peuvent engendrer des erreurs médicales, des inégalités de traitement ou une perte de confiance du public.

4.3 Transparence et redevabilité : garantir l'intégrité et la confiance

La transparence est une composante essentielle de la bonne gouvernance, en particulier dans un secteur sensible et fortement financé par des fonds publics. Elle implique :

- la publication des résultats hospitaliers (indicateurs de qualité, taux d'infections nosocomiales, satisfaction des patients) ;

- la traçabilité des décisions, notamment en matière de marchés publics, de recrutement, ou d'attribution de primes ;
- la mise en place d'instances de contrôle : conseils d'administration, chambres des comptes, agences d'évaluation ;
- des mécanismes de lutte contre la corruption et les conflits d'intérêts.

Une gouvernance opaque alimente les dérives gestionnaires, les inégalités d'allocation et l'inefficacité des investissements publics. À l'inverse, la redevabilité renforce la légitimité des décisions et l'implication des parties prenantes.

4.4 Équité : réduire les inégalités d'accès et de traitement

L'organisation hospitalière influence fortement la distribution équitable des soins. Une gouvernance sensible à l'équité prend en compte :

- la répartition géographique équitable des établissements et des spécialités ;
- la garantie de soins gratuits ou accessibles pour tous, indépendamment du revenu ou du statut social ;
- des critères non discriminatoires dans l'admission et l'orientation des patients ;
- la capacité à répondre aux besoins des groupes vulnérables (personnes âgées, handicapées, migrants, zones rurales).

Une gouvernance exclusivement tournée vers la rentabilité peut conduire à la sélection des patients, à une concentration des ressources dans les zones rentables, et à une dégradation de l'accès dans les zones périphériques. L'État, à travers ses politiques de santé, doit donc corriger les déséquilibres structurels et garantir la cohésion territoriale du système hospitalier.

4.5 Participation des usagers : démocratisation de la gouvernance

La gouvernance hospitalière moderne ne se limite plus à une logique descendante. Elle intègre de plus en plus la participation des usagers, au nom du principe démocratique, de la transparence, et de la légitimité des choix collectifs.

Cela peut se traduire par :

- l'existence de conseils de surveillance ou d'administration incluant des représentants des patients et des citoyens ;
- la réalisation régulière de baromètres de satisfaction et d'enquêtes de perception ;
- la mise en place de procédures de plainte, de médiation ou de recours ;
- des politiques de co-construction des parcours de soins, où le patient devient un acteur de sa propre santé.

La participation favorise une gouvernance plus responsable, inclusive, et adaptée aux besoins réels. Elle renforce également le contrôle social sur la gestion des établissements, et peut améliorer la qualité relationnelle et humaine des soins.

Conclusion

La gouvernance hospitalière est un facteur structurant de la performance des systèmes de santé. Elle agit à la croisée des dimensions techniques, politiques et sociales de l'hôpital. Une gouvernance équilibrée, fondée sur l'efficacité, la transparence, la participation et l'équité, est indispensable pour répondre aux défis contemporains : maîtrise des coûts, exigence de qualité, transformations technologiques, et attentes citoyennes. Elle conditionne la capacité des systèmes de santé à se montrer résilients, inclusifs et durables dans un environnement en mutation permanente.

Chapitre 6 : Nouveaux enjeux des systèmes de santé : résilience, innovation et transitions

Introduction

Les systèmes de santé contemporains se trouvent à la croisée des chemins, contraints de composer avec des mutations systémiques profondes et souvent brutales. La pandémie de COVID-19 a servi de révélateur et d'accélérateur de ces dynamiques : vulnérabilités structurelles, tensions budgétaires, évolutions technologiques et transformations des besoins de santé publique. Cette nouvelle donne impose aux politiques de santé d'élargir leur horizon stratégique, en intégrant la résilience comme principe directeur, l'innovation comme levier d'adaptation, et les transitions comme cadres d'analyse. Ce chapitre propose une lecture articulée de ces enjeux, à travers une approche multidimensionnelle centrée sur la soutenabilité et l'équité des systèmes de santé.

Section 1 : Résilience des systèmes de santé face aux crises

1.1 Définition et portée du concept de résilience

Le concept de résilience, issu initialement des sciences de l'écologie et de la psychologie, a connu une diffusion croissante dans les sciences sociales, les études sur les risques et les politiques publiques. Appliqué aux systèmes de santé, il renvoie à la capacité d'un système à absorber un choc, à en atténuer les impacts, à maintenir ses fonctions essentielles, et à se réorganiser de manière à renforcer sa capacité de réponse future.

1.1.1 Une notion dynamique et multidimensionnelle

Contrairement à une conception statique de la robustesse – qui désigne la résistance à un stress sans changement structurel – la résilience implique une réaction adaptative et évolutive. Elle ne se limite pas à la continuité de service, mais inclut :

- La capacité d'anticipation, c'est-à-dire la préparation proactive face aux risques émergents ;
- La capacité d'absorption, qui correspond à l'aptitude à encaisser le choc tout en maintenant les services essentiels ;
- La capacité de réponse et d'adaptation, impliquant des réajustements rapides dans l'organisation, la gestion et l'affectation des ressources ;
- La capacité de transformation, qui permet au système de sortir renforcé d'une crise, en intégrant les enseignements tirés.

Dans le secteur de la santé, ces dimensions prennent une acuité particulière compte tenu du caractère vital et non substituable des soins, mais aussi de la complexité organisationnelle des systèmes sanitaires, combinant multiples niveaux de gouvernance, diversité d'acteurs, dépendance à des chaînes logistiques critiques et contraintes budgétaires chroniques.

1.1.2 La résilience au-delà de la continuité de service

Dans les politiques sanitaires traditionnelles, la gestion des risques se concentrait souvent sur la continuité des services de santé essentiels (urgence, soins primaires, maternité, vaccinations), notamment en cas de catastrophe naturelle ou de conflit. Or, les crises sanitaires récentes – telles que la pandémie de COVID-19, les épidémies d’Ebola, ou les effets du changement climatique – ont révélé la nécessité d’aller au-delà de cette approche fonctionnelle. La résilience inclut désormais des mécanismes de gouvernance adaptative, une intelligence organisationnelle et une capacité d’apprentissage institutionnalisée.

Elle suppose également une attention renouvelée aux déterminants sociaux de la santé (inégalités, vulnérabilités socio-économiques, accès aux soins), car les systèmes ne peuvent être véritablement résilients sans être inclusifs. En ce sens, la résilience est indissociable des principes d’équité, de justice sociale et de durabilité.

1.1.3 Vers des systèmes antifragsiles

Le concept de résilience est parfois enrichi par la notion d’antifragilité, développée par Nassim Nicholas Taleb. L’antifragilité désigne la capacité non seulement à résister aux chocs, mais à s’en nourrir pour se renforcer. Appliqué aux systèmes de santé, cela implique la mise en place de boucles de rétroaction efficaces, la promotion de l’innovation en situation de crise, et la reconfiguration rapide des institutions de santé face à l’incertitude.

Ainsi, un système de santé antifragsile :

- Développe des capacités d’innovation organisationnelle (ex. : téléconsultation, réaffectation du personnel, plateformes numériques de gestion de crise) ;
- Favorise l’expérimentation encadrée pour ajuster ses réponses en fonction des retours d’expérience ;
- Revoit ses modes de financement et de gouvernance pour intégrer plus de souplesse et de réactivité.

1.1.4 Portée politique et stratégique de la résilience

La résilience des systèmes de santé est aujourd’hui au cœur des stratégies internationales, notamment à travers les cadres d’action promus par l’Organisation mondiale de la santé (OMS), le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), ou encore le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes. Ces institutions soulignent l’importance d’intégrer la résilience dans la planification sanitaire, l’allocation des ressources, les systèmes d’information en santé, ainsi que dans la formation des personnels.

Enfin, la résilience ne peut être réduite à une simple dimension technique : elle s’inscrit dans un projet politique de long terme, visant à construire des systèmes de santé plus justes, plus transparents, et mieux capables de protéger les populations dans un contexte d’incertitudes croissantes (crises sanitaires, vieillissement démographique, catastrophes climatiques, instabilité géopolitique, etc.).

1.2 Composantes de la résilience

1. **Robustesse structurelle** : Cela implique la présence d'infrastructures hospitalières modernisées, la sécurisation des chaînes d'approvisionnement (notamment pour les équipements de protection individuelle, les médicaments essentiels et les vaccins), ainsi que la constitution de stocks stratégiques. Elle suppose aussi une planification à long terme des ressources humaines en santé, évitant les dépendances excessives à des personnels sous-formés ou précarisés.
2. **Flexibilité organisationnelle** : Il s'agit de la capacité d'un système à se reconfigurer rapidement en période de crise : redéploiement de services, mobilisation intersectorielle, montée en puissance de la médecine de ville ou communautaire, coopération public-privé, etc. Cette flexibilité repose sur des outils d'aide à la décision, une gouvernance agile et une infrastructure numérique performante.
3. **Légitimité et confiance sociale** : La transparence dans la gestion des données, la clarté des décisions publiques et la participation active des professionnels de santé et de la société civile sont des facteurs déterminants. Une gouvernance de la santé inclusive favorise l'adhésion collective, condition sine qua non pour une action efficace en temps de crise.

1.3 Renforcer la résilience : quelles politiques ?

La crise sanitaire mondiale provoquée par la pandémie de COVID-19 a mis en lumière les vulnérabilités systémiques des systèmes de santé, même dans les pays à haut revenu. Face à l'ampleur des perturbations engendrées, la question de la résilience des systèmes de santé s'est imposée comme une priorité stratégique des politiques de santé publique. La résilience désigne ici la capacité des systèmes à absorber les chocs, à s'adapter aux situations extrêmes et à se transformer durablement pour prévenir les crises futures. Pour cela, plusieurs politiques peuvent être mises en œuvre, à la croisée de la gouvernance, de la recherche, de la prospective et de la gestion de la mémoire institutionnelle.

1.3.1 Développement de centres de commandement sanitaires intégrés

La coordination des réponses sanitaires en temps de crise nécessite des structures de gouvernance solides, agiles et interconnectées. Le développement de centres de commandement sanitaires intégrés constitue une politique essentielle pour garantir une réaction rapide, coordonnée et fondée sur des données fiables. Ces centres agissent comme des hubs stratégiques regroupant l'expertise épidémiologique, la logistique hospitalière, la communication de crise, ainsi que la gestion des ressources humaines et matérielles.

Ces structures doivent être dotées de pouvoirs d'action clairs, fonctionner en lien avec les autorités locales et nationales, et disposer de systèmes d'information en temps réel. Leur efficacité repose aussi sur des protocoles préétablis de gestion de crise, permettant une activation rapide lors de situations d'urgence, qu'il s'agisse de pandémies, de catastrophes naturelles ou d'événements technologiques.

1.3.2 Investissement dans la recherche en santé publique et épidémiologie

La résilience ne peut être envisagée sans une recherche active et bien financée en santé publique, notamment dans les domaines de l'épidémiologie, de la modélisation des risques et des sciences comportementales. Les investissements doivent permettre le développement de capacités nationales de surveillance, la constitution de bases de données robustes, l'analyse de tendances sanitaires, ainsi que l'innovation en matière de détection précoce des menaces sanitaires.

Une attention particulière devrait être portée au renforcement des partenariats entre instituts de recherche, universités, centres hospitaliers et agences de santé. Le soutien à la recherche transdisciplinaire, combinant sciences sociales, biomédecine, économie et data science, est également crucial pour anticiper les impacts systémiques des crises sur les populations les plus vulnérables.

1.3.3 Mise en place de tests de stress sur les systèmes de santé (scénarios prospectifs)

À l'instar des stress tests bancaires dans le secteur financier, les tests de stress appliqués aux systèmes de santé visent à évaluer leur robustesse face à différents scénarios de crise : pandémie, cyberattaque, crise climatique, afflux massif de patients, etc. Ces exercices prospectifs permettent de modéliser les impacts sur les capacités hospitalières, les chaînes logistiques, les ressources humaines et la continuité des soins.

Les tests de stress doivent reposer sur une méthodologie rigoureuse, fondée sur des modèles épidémiologiques, des analyses systémiques et des données historiques. Leurs résultats doivent être intégrés aux plans nationaux de préparation aux urgences sanitaires, afin de combler les failles identifiées et de renforcer les capacités de réponse.

1.3.4 Institutionnalisation de la mémoire de crise

Une résilience véritable implique l'institutionnalisation de la mémoire de crise. Trop souvent, les leçons tirées des crises sont oubliées dès que l'urgence s'atténue, ce qui conduit à une répétition des erreurs et à une sous-utilisation des savoirs accumulés. Il convient donc de mettre en place des mécanismes de capitalisation systématique des retours d'expérience, à travers des audits post-crise, des rapports indépendants, des bases de données ouvertes, et la diffusion de bonnes pratiques.

L'institutionnalisation passe aussi par la formation continue des professionnels de santé à la gestion de crise, l'intégration de ces dimensions dans les cursus universitaires, et la création de centres d'expertise en gestion des risques sanitaires. Enfin, l'ancrage de cette mémoire dans les politiques publiques suppose un engagement politique durable, au-delà des cycles électoraux, pour consolider les réformes à long terme.

Section 2 : Innovations technologiques et numériques en santé

2.1. Le rôle stratégique de l'innovation : entre transformation systémique et impératif de soutenabilité

L'innovation technologique en santé ne se réduit plus à l'introduction d'équipements sophistiqués ou à l'optimisation ponctuelle de certains actes médicaux. Elle constitue aujourd'hui un levier fondamental de transformation des systèmes de santé confrontés à des pressions multiples : vieillissement démographique, prévalence croissante des maladies chroniques, inégalités d'accès aux soins, inflation des coûts, attentes accrues des usagers.

Dans une optique systémique, l'innovation permet de conjuguer plusieurs objectifs traditionnellement perçus comme antagoniques : contenir les dépenses, améliorer la qualité des soins, renforcer l'équité et préserver l'efficacité. Elle modifie en profondeur les logiques de production des soins, les configurations organisationnelles, les modèles de gouvernance, mais aussi les rôles des différents acteurs, des professionnels aux patients.

Au-delà de son potentiel technique, l'innovation repose sur des choix politiques et éthiques. Elle suppose une régulation publique adaptée, une planification stratégique de son déploiement et un accompagnement du changement organisationnel et culturel.

2.2. Typologie des innovations structurantes et impacts organisationnels

1. Télémedecine et télésanté élargies :

La télémedecine, dans ses diverses composantes (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance, téléassistance), s'est imposée comme un vecteur d'égalisation des chances sanitaires sur le territoire. Elle réduit les barrières géographiques et temporelles à l'accès aux soins, optimise l'usage des ressources rares (notamment les spécialistes), et renforce la continuité des parcours de soins. Son intégration dans les modèles de soins repose toutefois sur une reconfiguration des responsabilités professionnelles, la clarification des circuits de remboursement, et la reconnaissance juridique des actes à distance.

2. Dossier Médical Partagé (DMP) et systèmes d'information intégrés :

Le DMP constitue un outil central pour le décloisonnement des secteurs de soins (ambulatoire, hospitalier, médico-social). En permettant la traçabilité des données cliniques, il limite la redondance des examens, améliore la pertinence des prescriptions, et soutient la coordination interprofessionnelle. Son efficacité dépend d'une interopérabilité technique, d'une gouvernance éthique des données et d'une acceptabilité sociotechnique par les usagers comme par les professionnels.

3. Intelligence Artificielle (IA) et médecine augmentée :

L'IA ouvre de nouvelles perspectives dans la détection précoce des pathologies, l'aide au diagnostic, l'analyse d'images, ou encore la prédiction des risques hospitaliers. Toutefois, ces avancées nécessitent une vigilance accrue concernant les biais algorithmiques, la qualité des bases de données d'apprentissage, la traçabilité des décisions cliniques assistées, et la redéfinition des responsabilités médico-légales. L'IA impose une gouvernance scientifique et éthique fondée sur les principes de transparence, d'explicabilité et de justice distributive.

4. Objets connectés de santé (IoMT) et auto-surveillance :

Le développement des wearables, des capteurs biométriques et des applications mobiles permet un suivi personnalisé des pathologies chroniques, améliore l'observance thérapeutique et favorise l'empowerment du patient. Néanmoins, cette dynamique suppose une littératie numérique suffisante, des dispositifs de soutien pour les populations vulnérables, et une régulation stricte en matière de protection des données personnelles (RGPD, souveraineté numérique, cybersécurité).

2.3. Enjeux critiques et conditions de soutenabilité

Le déploiement des innovations numériques en santé se heurte à plusieurs défis structurels :

- Régulation éthique et juridique : L'encadrement normatif doit protéger les droits des patients tout en assurant un cadre propice à l'innovation. Cela inclut la sécurisation des données sensibles, la transparence des algorithmes, et la conformité aux standards internationaux.
- Fracture numérique : L'accès inégal aux technologies peut accroître les disparités en santé. Des politiques d'inclusion numérique sont nécessaires pour garantir un accès équitable aux innovations.
- Formation et acculturation des professionnels : La digitalisation impose une transformation des compétences médicales, une pédagogie du changement et une adaptation des curricula dans les formations initiales et continues.
- Dépendance technologique : La concentration du marché de la santé numérique entre les mains de grands groupes privés (GAFAM, medtechs) pose la question de la souveraineté sanitaire et de la régulation de l'innovation au service de l'intérêt général.

Section 3 : Transitions démographique, épidémiologique et sociale : vers une reconfiguration des systèmes de santé

3.1. Transition démographique : vieillissement, dépendance et refondation des politiques de santé

Le vieillissement démographique constitue un phénomène structurel affectant la quasi-totalité des pays, avec des répercussions profondes sur la demande de soins, l'organisation des services, et la soutenabilité financière des systèmes de santé et de protection sociale. L'augmentation du ratio de dépendance démographique impose de repenser la répartition intergénérationnelle des ressources, dans un contexte de ralentissement économique et de transformation des solidarités familiales.

Les enjeux se concentrent autour de trois axes majeurs :

- Adaptation de l'offre de soins : La prise en charge des pathologies liées à l'âge (troubles neurocognitifs, polyopathologies, fragilité) nécessite des modèles de soins centrés sur la chronicité, l'interdisciplinarité, et le maintien à domicile. Cela suppose un redéploiement des ressources vers la médecine de proximité, les soins de longue durée, et les structures intermédiaires (EHPAD, soins de suite, résidences services).
- Prévention de la perte d'autonomie : La promotion du vieillissement actif, la lutte contre la sédentarité, la prévention des chutes ou encore la stimulation cognitive doivent devenir des priorités de santé publique. Ces actions reposent sur des politiques intégrées articulant urbanisme, logement, services sociaux et santé.
- Reconnaissance du rôle des aidants : Les aidants naturels, souvent invisibilisés, jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées. Leur soutien implique une reconnaissance statutaire, un accompagnement psychosocial et une politique de répit.

3.2. Transition épidémiologique : de l'infectieux au chronique, vers une nouvelle ingénierie sanitaire

La transition épidémiologique désigne le passage progressif d'un profil sanitaire dominé par les maladies infectieuses à un profil marqué par la prévalence des maladies chroniques non transmissibles (MCNT), telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers ou les pathologies respiratoires chroniques. Cette évolution est fortement corrélée à l'urbanisation, aux modes de vie sédentaires, à la nutrition, et aux facteurs environnementaux.

Face à cette transformation, les systèmes de santé doivent opérer une réingénierie en profondeur :

- Réorientation vers la prévention primaire : Il devient impératif de réinvestir dans la promotion de la santé et les campagnes de dépistage, en particulier dans les milieux défavorisés où l'incidence des facteurs de risque est plus élevée.
- Organisation des parcours de soins : La gestion des maladies chroniques requiert des dispositifs de coordination entre soins de ville, hôpital et médico-social, ainsi qu'un pilotage individualisé des parcours.
- Réduction des inégalités de santé : L'analyse fine des déterminants sociaux et territoriaux de la santé doit nourrir des politiques publiques équitables et différenciées selon les contextes locaux.

3.3. Transition sociale et culturelle : nouveaux usages, nouveaux rapports à la santé

Les représentations et les usages sociaux de la santé connaissent une mutation accélérée. On assiste à une individualisation croissante de la demande, à une montée en compétence des usagers, et à une remise en question des rapports asymétriques entre soignants et soignés.

Parmi les dynamiques marquantes :

- Émergence du patient acteur : Le développement de la littératie en santé, la diffusion des savoirs profanes, et l'essor des communautés de patients experts transforment le rôle du malade en

acteur du système. Cela implique une co-construction des décisions et une personnalisation des soins.

- Diversification des besoins sanitaires : L'intensification des mobilités internationales, la pluralisation des formes de vie, et les migrations imposent aux systèmes de santé une adaptation culturelle et linguistique accrue, ainsi qu'une approche sensible aux contextes territoriaux.
- Exigence de transparence et d'éthique : Le droit à l'information, le consentement éclairé, la participation des usagers aux instances de gouvernance deviennent les nouveaux piliers d'une démocratie sanitaire en construction.

Section 4 : Enjeux environnementaux et santé planétaire : vers une écologie de la santé

4.1. Le paradigme de la santé planétaire : une approche intégrée et interdisciplinaire

Le concept de santé planétaire, tel que défini par la *Lancet Commission on Planetary Health* (2015), repose sur l'idée que la santé humaine est indissociable de la santé des écosystèmes et des équilibres naturels. Il invite à dépasser les cloisonnements traditionnels entre médecine, écologie, urbanisme, économie et politique pour adopter une perspective holistique, intergénérationnelle et transdisciplinaire.

Ce paradigme s'inscrit dans la logique des Objectifs de Développement Durable (ODD) et dans l'approche One Health, qui établit l'interdépendance entre santé humaine, santé animale et santé environnementale. Il propose un cadre d'action global face aux menaces systémiques qui compromettent les conditions de vie sur Terre.

4.2. Impacts sanitaires des dérèglements environnementaux

Les bouleversements environnementaux ont des effets délétères croissants sur la santé humaine, selon plusieurs canaux :

- Changements climatiques : La multiplication des vagues de chaleur, la montée du niveau des mers, la recrudescence des catastrophes naturelles (inondations, sécheresses), et les déplacements forcés de populations affectent directement la morbi-mortalité, notamment chez les plus vulnérables.
- Pollution et santé environnementale : L'exposition prolongée aux polluants atmosphériques, aux perturbateurs endocriniens, aux métaux lourds, ou aux microplastiques contribue à l'émergence de pathologies respiratoires, cancéreuses et neurodégénératives.
- Erosion de la biodiversité et zoonoses : La destruction des habitats naturels et les interactions accrues entre humains et animaux sauvages facilitent la transmission de pathogènes à l'origine de pandémies (SRAS, Ebola, COVID-19), révélant la porosité entre les sphères écologiques et sanitaires.

4.3. Vers une stratégie de résilience écologique des systèmes de santé

Face à ces défis globaux, les systèmes de santé doivent intégrer la dimension environnementale dans leurs politiques, leurs infrastructures et leurs pratiques :

- Infrastructures durables : Le développement d'éco-hôpitaux, le recours aux énergies renouvelables, la gestion durable des déchets biomédicaux et la promotion des circuits courts (approvisionnement local, alimentation hospitalière) participent à la transition écologique du secteur.
- Veille environnementale et anticipation des risques : L'utilisation des capteurs environnementaux, du big data et des systèmes d'alerte intégrés permet de renforcer la prévention des crises sanitaires d'origine climatique ou écologique.
- Approche intersectorielle et territorialisée : Il devient crucial d'articuler les politiques de santé avec l'aménagement du territoire, l'agriculture, les transports et l'éducation, dans une logique d'écosystème cohérent et soutenable.

Conclusion

Les systèmes de santé sont désormais appelés à dépasser les approches sectorielles classiques pour embrasser une vision systémique, globale et anticipatrice. La résilience, loin d'être une réaction ponctuelle, devient une compétence structurelle. L'innovation, lorsqu'elle est pensée de manière éthique et inclusive, constitue un vecteur de transformation profonde. Les transitions démographique, épidémiologique, sociale et écologique exigent des politiques adaptatives et concertées. En somme, l'avenir des systèmes de santé se joue à l'intersection du local et du global, du court terme et du long terme, de la performance et de la solidarité.

Conclusion générale

L'économie de la santé, à la croisée des disciplines, constitue aujourd'hui un champ incontournable pour penser les transformations des systèmes de soins et répondre aux défis contemporains de santé publique. L'approche économique permet de décrypter les mécanismes d'allocation des ressources, d'évaluer l'efficacité des interventions sanitaires et de questionner la soutenabilité financière des dispositifs de prise en charge, tout en intégrant les dimensions éthiques et sociales que requiert un accès équitable à la santé.

L'analyse comparée des systèmes de santé révèle une grande diversité de modèles organisationnels et de logiques de financement, mais aussi une convergence croissante des problématiques : maîtrise des dépenses, universalisation de la couverture, amélioration de la qualité des soins, lutte contre les inégalités, adaptation aux transitions démographiques et épidémiologiques. La crise du COVID-19 a agi comme un révélateur des fragilités systémiques mais également comme un catalyseur de réformes, en remettant la résilience et la souveraineté sanitaire au cœur des agendas politiques.

Face aux enjeux futurs, vieillissement, maladies chroniques, mutations technologiques, pressions environnementales, les systèmes de santé devront conjuguer innovation, solidarité et efficacité. Cela suppose une gouvernance plus intégrée, des mécanismes de financement durables, une régulation adaptée et une participation accrue des citoyens. En définitive, l'économie de la santé n'est pas seulement un outil d'évaluation ; elle est aussi un levier stratégique pour construire des systèmes plus justes, plus robustes et plus adaptés aux besoins des populations.

Bibliographie :

- 1- Abbou Y. et Brahamia B., Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé, *Revue Sciences Humaines*, n°44, Constantine, 2015.
- 2- Achour N. Fikri Benbrahim N. Grangaud J-P., «Algérie, Maroc, Tunisie, monographies nationales», *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés, études et analyses IPEMED (Institut de Prospectives Economiques du Monde Méditerranéen)*, 2012.
- 3- Alonso Pérez M., *Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne. Les mots de la santé*, Presse Universitaire de Lyon, 2005.
- 4- Azizi K. et Periera C., *Comparaison internationale des dépenses de santé: Une analyse des évolutions dans sept pays (1970-2002). Solidarité et Santé*, Drees, n°1, 2005.
- 5- Brahamia B., *Economie de la santé : Evolution et tendances des systèmes de santé. Edition : Bahaeddine, Alger* 2010.
- 6- Chaoui F., *les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, défis et enjeux partagés, notes IPEMED*, 2012.
- 7- Chambaretaud S., *Le financement des systèmes de santé dans les pays développés: Analyse comparative.*
- 8- Dukhan Y. *Améliorer l'efficience des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement. Thèse de Doctorat en Sciences Economiques. Avril 2010.*
- 9- Dalcé J., *L'état de santé et l'activité économique au sein des pays membres de l'OCDE. Mémoire de maîtrise en Economie, Université de Montréal*, 2012.
- 10- Geay C. et al., *Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE*, décembre 2013.
- 11- Geoffard P.Y., *Dépenses de santé: l'hypothèse d'aléa moral. In: Économie et prévision*, n°142, 2000-1. pp. 123-135; DOI : 10.3406/ecop.2000.5992
- 12- Kaïd Tlilane N. : *système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant. Enquête dans la wilaya de Bejaïa. Thèse de Doctorat d'Etat Es Sciences Economiques, Université d'Alger* 2003.
- 13- Kaïd Tlilane N., *la problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale* n° 4 vol. 57, 2004.
- 14- Lequet Slama D., *Régulation des systèmes de santé: Quelques expériences étrangères de réformes en Europe. Revue d'économie financière*, 2004.
- 15- Ould abdeslam S et Kaïd Tlilane N., *La modélisation des déterminants des dépenses de santé en Algérie par l'approche ARDL. A paraître dans les Cahiers du CEDIMES, au courant de l'année 2018.*
- 16- Zehnati A. « *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie* », thèse de doctorat en Sciences. Université de Bejaia, 2014

Table des matières

Objectif du cours	
Sommaire	
Introduction générale	1
Chapitre 1 : La santé dans le champ économique : concepts, enjeux et relation avec l'économie	1
Introduction	1
Section 1 : La santé comme bien économique et bien-être collectif	2
1.1. Santé un bien public ou privé	2
1.2. Externalités et bien-être collectif	2
Section 2 : Mesure de la santé : concepts et indicateurs	3
2.1. Définition de la santé	3
2.2. Indicateurs traditionnels	3
2.3. Indicateurs composites	4
Section 3 : Les déterminants économiques de la santé	5
3.1. Revenu et inégalités économiques	5
3.2. Éducation	5
3.3. Emploi et conditions de travail	6
3.4. Environnement	6
Section 4 : Santé et développement économique : une relation bidirectionnelle	7
4.1. Corrélations observées entre santé et développement	7
4.2. La causalité inverse : la santé comme moteur de croissance	7
Conclusion	8
Chapitre 2 : Organisation et spécificités économiques des systèmes de santé	9
Introduction	9
Section 1 : Typologie des systèmes de santé dans le monde	9
1.1. Introduction historique aux systèmes de santé modernes	9
1.1.1 Le modèle bismarckien : assurance sociale par cotisations	9
1.1.2 Le modèle beveridgien : système national de santé universel	10
1.1.3 Le modèle libéral : système à forte participation privée	11
1.1.4 Le modèle hybride : combinaison de plusieurs approches	12
1.2 Asymétrie d'information	12
1.3 Sélection adverse et aléa moral	13
Section 2 : Le rôle de l'État et du marché	13
2.1. La fourniture de soins (provision)	14
2.2. Le financement	15
2.3. La gouvernance	15
2.4. La gestion des ressources	16
Section 3 : Les acteurs du système de santé	16
3.1. Les acteurs publics	16
3.2. Les prestataires privés	17

3.3. Les mutuelles et assureurs	18
3.4. Les ONG et acteurs communautaires	18
Conclusion	19
Chapitre 3 : Analyse historique, comparative et analytique des systèmes de santé	20
Introduction	20
Section 1 : Émergence historique des systèmes de santé	20
1.1. Les origines au XIXe siècle : industrialisation et question sociale	20
1.2. Le tournant des guerres mondiales et l'affirmation de l'État-providence	20
1.3. L'universalisation progressive et les défis de l'après-guerre	21
Section 2 : Critères d'évaluation et de comparaison des systèmes de santé	21
2.1. Le mode de financement	21
2.2. Accessibilité et couverture	21
2.3. Qualité et efficacité des soins	22
2.4. Équité et inégalités de santé	22
Section 3 : Performances sanitaires et dépenses de santé à l'échelle internationale	23
3.1. Comparaisons internationales (OCDE, Banque mondiale)	23
3.2. Pays du Nord et pays du Sud	23
Section 4 : Études de cas : diversité des modèles et enseignements comparés	24
4.1. France : un modèle hybride performant mais sous tension	24
4.2. Allemagne : concurrence régulée et discipline financière	24
4.3. Royaume-Uni : universalité sous contrainte budgétaire	24
4.4. États-Unis : innovation et inégalités	25
4.5. Pays africains : entre résilience et précarité	25
Conclusion	25
Chapitre 4 : Gouvernance, politiques de santé et maîtrise des dépenses	26
Introduction	26
Section 1 : Objectifs et outils des politiques de santé	26
1.1. Les objectifs fondamentaux des politiques de santé	26
1.2. Les outils d'intervention publique	27
Section 2 : Régulation des dépenses de santé	27
2.1. Les enjeux de soutenabilité financière	27
2.2. Les mécanismes de régulation	28
Section 3 : Couverture universelle et équité	29
3.1. Le principe de couverture universelle	29
3.2. Progrès et limites dans les pays en développement	29
Section 4 : Défis contemporains des systèmes de santé	30
4.1. Vieillesse démographique	30
4.2. Transition épidémiologique et maladies chroniques	30
4.3. Innovations technologiques et inflation des coûts	30
Conclusion	31
Chapitre 5 : Modes de gestion et modèles organisationnels des systèmes de santé	32
Introduction	32

Section 1 : Modèles de gouvernance des systèmes de santé	32
1.1 Modèle centralisé vs décentralisé	32
1.2 Gouvernance verticale vs horizontale	33
1.3 Qualité de la gouvernance et performances sanitaires	33
Section 2 : Rôles comparés des secteurs public, privé et des partenariats	33
2.1 Le secteur public : garant de l'intérêt général et de l'accès universel	33
2.2 Le secteur privé : acteur complémentaire ou concurrent ?	34
2.3 Les partenariats public-privé (PPP) : vers une logique coopérative ?	34
2.4 Vers une coordination des rôles ?	35
Section 3 : Typologie des modèles organisationnels hospitaliers	35
3.1 Le modèle hospitalier étatique ou centralisé	35
3.2 Le modèle hospitalier autonome (public à gestion indépendante)	36
3.3 Le modèle hospitalier privé à but lucratif	36
3.4 Le modèle hospitalier privé non lucratif ou mutualiste	37
3.5 Les modèles hybrides ou mixtes	37
Section 4 : L'impact de la gouvernance hospitalière sur la performance des systèmes de santé	37
4.1 Efficience : l'optimisation des ressources et la rationalisation des coûts	38
4.2 Qualité des soins : sécurité, efficacité et continuité	38
4.3 Transparence et redevabilité : garantir l'intégrité et la confiance	38
4.4 Équité : réduire les inégalités d'accès et de traitement	39
4.5 Participation des usagers : démocratisation de la gouvernance	39
Conclusion	40
Chapitre 6 : Nouveaux enjeux des systèmes de santé : résilience, innovation et transitions	41
Introduction	41
Section 1 : Résilience des systèmes de santé face aux crises	41
1.1 Définition et portée du concept de résilience	41
1.1.1 Une notion dynamique et multidimensionnelle	41
1.1.2 La résilience au-delà de la continuité de service	42
1.1.3 Vers des systèmes antifragsiles	42
1.1.4 Portée politique et stratégique de la résilience	42
1.2 Composantes de la résilience	43
1.3 Renforcer la résilience : quelles politiques ?	43
1.3.1 Développement de centres de commandement sanitaires intégrés	43
1.3.2 Investissement dans la recherche en santé publique et épidémiologie	44
1.3.3 Mise en place de tests de stress sur les systèmes de santé (scénarios prospectifs)	44
1.3.4 Institutionnalisation de la mémoire de crise	44
Section 2 : Innovations technologiques et numériques en santé	45
2.1. Le rôle stratégique de l'innovation : entre transformation systémique et impératif de soutenabilité	45
2.2. Typologie des innovations structurantes et impacts organisationnels	45

2.3. Enjeux critiques et conditions de soutenabilité	46
Section 3 : Transitions démographique, épidémiologique et sociale : vers une reconfiguration des systèmes de santé	46
3.1. Transition démographique : vieillissement, dépendance et refondation des politiques de santé	46
3.2. Transition épidémiologique : de l'infectieux au chronique, vers une nouvelle ingénierie sanitaire	47
3.3. Transition sociale et culturelle : nouveaux usages, nouveaux rapports à la santé	47
Section 4 : Enjeux environnementaux et santé planétaire : vers une écologie de la santé	48
4.1. Le paradigme de la santé planétaire : une approche intégrée et interdisciplinaire	48
4.2. Impacts sanitaires des dérèglements environnementaux	48
4.3. Vers une stratégie de résilience écologique des systèmes de santé	48
Conclusion	49
Conclusion générale	50
Bibliographie	51
Table des matières	52

