

QUEL SYSTEME DE SANTE CHOISIR

NADIA BEN MANSOUR (*), HAJER SKHIRI (*), RADHOUANE
FAKHFAKH (*), ABDELAMAJID BEN HAMIDA (**),
NOUREDDINE ACHOUR (***), MOHAMED HSAIRI (*)

RESUME

L'objectif principal des systèmes de santé est d'améliorer la santé des populations. OMS, rapport sur la santé dans le monde 2000. Assurer des prestations de soins de qualité à toute la population est un défi de tous les pays. La Tunisie, qui vit actuellement une transition démographique et épidémiologique n'échappe pas au souci des pays émergents. Au sein du ministère de la santé, un projet de réforme avec un débat national a été engagé dans le but d'aboutir à un système de santé le plus adapté. Il se pose ainsi la question suivante : quel système de santé choisir.

L'objectif de ce travail est de faire à travers la revue de la littérature, une analyse critique des différentes variantes des systèmes de santé, en essayant d'identifier les points forts et les points faibles de ces systèmes, tout en évaluant leur efficacité. L'analyse des données de la littérature a permis d'identifier trois formes théoriques de protection de la santé :

- Une forme bismarckienne (système d'assurances sociales obligatoires, le financement et la gestion étant confiées aux assurés et leurs employeurs)
- Une forme beveridgienne (service national de santé, financement par l'impôt)
- Une forme privée (financement individuel ; assurance privée volontaire et production marchande privée)

La comparaison de l'efficacité des différents systèmes de santé se heurte à certaines difficultés méthodologiques, notamment en matière de fiabilité des données utilisées et l'absence de standardisation des méthodes pour l'obtention de ces données. La mesure de l'efficacité constitue en effet une tâche complexe et pose un certain nombre de défis conceptuels et méthodologiques qui laissent une large place aux erreurs de mesure.

L'analyse de l'efficacité des systèmes de santé montre que le système libéral présente le rapport coût efficacité le plus faible. Les systèmes de santé de type beveridgien présentent le meilleur rapport coût efficacité ; alors que les systèmes de santé bismarkien occupent une position intermédiaire entre le système libéral et le système beveridgien.

En conclusion, il n'existe pas un système de santé idéal ; le meilleur système serait celui qui s'adapterait le mieux au contexte économique, politique et social de chaque pays. Dans les pays en développement, étant donnée la rareté des ressources, à la fois humaines et matérielles, un des principaux enjeux pour ces pays consiste à élargir progressivement l'assurance tout en favorisant l'articulation de ces différents mécanismes de financement dans un cadre cohérent.

Mots clés : système de santé, efficacité

INTRODUCTION

L'objectif premier des systèmes de santé est d'améliorer la santé des populations.» OMS, rapport sur la santé dans le monde 2000 (1). Assurer des prestations de soins de qualité à toute la population est un défi de tous les pays.

Pour les pays développés qui sont dotés d'une couverture universelle, le souci actuel est comment maintenir l'accès équitable aux soins à la population, tout en ayant la satisfaction de celle-ci et en maîtrisant les dépenses de santé.

Pour les pays émergents, le souci actuel consiste à assurer des soins de qualité à la population à des prix raisonnables tout en faisant face à un vieillissement de la population, à une augmentation de l'ampleur des maladies non transmissibles, à une demande croissante des soins de plus en plus coûteux en raison des développements technologiques et pharmaceutiques, à une augmentation des exigences quant à la qualité et à la sécurité des soins. Le vieillissement de la population pose des défis quant à la conception et l'organisation des systèmes de santé (2). Concernant, les pays en développement, le contexte est caractérisé par la rareté des ressources posant le problème du financement de la santé pour répondre aux besoins des populations et définir et mettre en œuvre les stratégies sanitaires restent des questions difficiles à appréhender car elles sont soumises à des préoccupations, parfois difficilement conciliables, en termes d'efficacité, d'efficacité et d'équité (1).

La Tunisie, qui vit actuellement une transition démographique et épidémiologique n'échappe pas au souci des pays émergents. Au sein du ministère de la santé, un projet de réforme avec un débat national a été engagé dans le but d'aboutir à un système de santé le plus adapté. La question qui se pose est la suivante : existe-t-il un système de santé idéal, sachant qu'il existe une diversité de systèmes de santé dans différents pays, avec des spécificités, des points forts et des points faibles pour chacun d'entre eux. Le meilleur système de santé serait en fait celui qui maximise les performances dans les domaines de l'efficacité, de l'équité, de la maîtrise des coûts et de l'état de santé de la population.

Typologie des systèmes de santé

Selon l'organisation Mondiale de la Santé, un système de santé est l'ensemble des activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Ses objectifs consistent à améliorer :

- La santé, à la fois le niveau moyen de la santé de la population tout en réduisant les inégalités en matière de santé.

- La réactivité et la qualité du système en œuvrant à répondre aux attentes légitimes de la population : satisfaction des patients

- L'équité des contributions financières des ménages au système de santé

- L'efficacité, avec utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir des résultats maximums. Cela correspond à la capacité d'un système à fonctionner de façon moins coûteuse sans diminuer les résultats possibles et souhaitables

Il existe trois formes théoriques de protection de la santé :

- Une forme bismarckienne (système d'assurances sociales obligatoires, le financement et la gestion étant confiés aux assurés et leurs employeurs)

- Une forme beveridgienne (service national de santé, financement par l'impôt)

- Une forme privée (financement individuel ; assurance privée volontaire et production marchande privée)

1- Le système Bismarckien ou système d'assurance maladie ou système professionnel

Le système Bismarckien est donc né en Allemagne (3). Face au développement industriel brutal et à la peur du socialisme naissant, Bismarck a mis en place une politique sociale. Il entend ainsi élargir le rôle de l'état et pose par là les bases de ce que l'on appelle l'État-providence. L'État a pris la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale : les assurances sociales obligatoires sont apparues en Allemagne à partir de 1883. Ce système couvre les travailleurs et ceux ayant droit (famille) ; il est financé à travers les cotisations des employeurs et des salariés d'une manière proportionnelle à leurs revenus. Les cotisations sont gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs c'est-à-dire les syndicats aussi appelés les partenaires sociaux.

L'offre de soins est en général mixte, à la fois publique et privée. Quant au choix du médecin, le modèle bismarckien accorde le plus souvent le choix des patients et garantit le statut de la médecine libérale. Ce système se retrouve notamment : – en Allemagne, en France, en Belgique, en Autriche et dans la plupart des pays d'Europe centrale.

Les principaux inconvénients d'un tel système sont liés :

- A la limitation de la couverture aux travailleurs et aux ayants droit ; les autres catégories de la population se trouvent ainsi exclues.

- A la multiplicité des caisses pouvant engendrer une médecine à plusieurs vitesses.

- A l'absence de maîtrise des dépenses de santé qui entraînent des déficits persistants des caisses d'assurance maladie. L'augmentation des cotisations et de la contribution des malades aux frais des soins ne suffit plus à enrayer les dérives des dépenses de santé.

La régulation de l'offre des soins ainsi que la mise en place de méthode de gestion privée figurent au cœur des réformes dans ces pays.

2- Le système Béveridgien ou système national de santé ou système universel (4)

Au XIXe siècle, la Grande-Bretagne est confrontée à un développement industriel majeur mais pauvreté très répandue. En

1942, Lord Beveridge publie un rapport qui propose un système de santé qui fournit des services médicaux gratuits à tous les citoyens et qui est financé par le budget de l'état c'est à dire par l'impôt. Ce rapport affirme que la Sécurité sociale est «une composante de toute politique de progrès social» ; le pouvoir d'achat ainsi redistribué est une composante substantielle de la demande globale, à même de soutenir l'activité économique et d'éviter le retour de crises comparables à celles des années 30.

Le bénéfice de la couverture du risque maladie est attaché à un critère de résidence sur le territoire national. Les bénéficiaires des prestations sociales sont tous les citoyens et les résidents étrangers en situation régulière

De cette protection universelle découle une forte prédominance du secteur public.

Ce système est caractérisé par les 3 «U».

- Universalité : Tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, serait protégé contre tous les risques sociaux.

- Unité: Une administration unique serait chargée de gérer chaque risque.

- Uniformité : Chacun bénéficierait des aides en fonction de ses besoins et quel que soit son revenu.

L'organisation des structures de production des soins se caractérise par un système national de santé, dans lequel les hôpitaux appartiennent aux collectivités publiques et les médecins hospitaliers ont un statut de salarié. Les médecins généralistes sont soit sous contrat avec le National Health Service britannique, soit employés directement par les centres de santé locaux comme en Suède et Finlande.

La plupart des études comparatives sur les systèmes de santé rattachent le Danemark, la Finlande, la Suède, l'Irlande au modèle anglais (5). Au sein de ce modèle, de fortes différences existent, notamment sur le degré de décentralisation dans la gestion des soins. En Grande-Bretagne : la responsabilité principale de la gestion des soins relève de l'Etat ; dans les trois pays scandinaves (Danemark, Finlande, Suède) : la responsabilité principale de la gestion des soins relève des municipalités.

Les principaux avantages d'un tel système résident dans l'égalité d'accès aux soins et gratuité des soins et dans l'efficacité dans le contrôle des dépenses.

En dépit de ses avantages attrayants, ce système souffre de certains inconvénients qui sont les suivants :

- Le rationnement des prestations de soins, c'est-à-dire la limitation des actes dans le but de maîtriser les dépenses de santé. Il en résulte une longueur des listes d'attente.

- Le manque d'investissement et de la lourdeur de l'organisation du système, qui génère inévitablement un système privé en sus du système public. Il en résulte ainsi un «système à 2 vitesses», d'autant plus important que le rationnement est fort dans le secteur public.

3- Système de santé libéral

Ce système est caractérisé par l'absence d'obligation d'assurance, avec toutefois une intervention à minima de l'Etat en faveur des personnes nécessiteuses. Les des assureurs et des producteurs sont soumis à un système concurrentiel. Le financement des dépenses de santé est assuré par les individus eux-mêmes ou bien par des assureurs privés. Les professionnels de santé et les établissements relèvent du secteur privé (à but lucratif ou non). L'intervention de l'État est réduite au minimum et très ciblée.

Ce système qui est adopté par les Etats Unis (6), a pour principal inconvénient l'inflation des dépenses de santé. Les dépenses de santé représentent environ 15 % du PIB. Ce système engendre également beaucoup d'inégalités. Les plus aisés accèdent aux meilleurs soins ; alors que 16 % des américains soit 46 millions d'américains n'ont aucune couverture. En effet, par nature, ce modèle génère des exclus. Les assureurs peuvent sélectionner leur clientèle (ainsi que certains professionnels de santé); Les mécanismes de marché ne permettent pas de maîtriser la progression des dépenses de santé.

Les assureurs privés sont devenus les acteurs centraux du système ; ils négocient les tarifs avec les réseaux de soins. Les réseaux de soins doivent assurer la gestion des fonds en contrôlant l'activité des patients et des médecins qu'ils regroupent.

4- Autres variantes du système de santé

A côté de ces trois types de système de santé, certains pays européens du Sud (Espagne, Italie,

Portugal, Grèce), en raison d'évolutions sociohistoriques propres, ont adopté un système mixte d'assurance maladie, qui relève des deux modèles (Bismarkien et Beveridgien).

Concernant les pays en développement, ils sont passés par la phase de gratuité de soins de santé primaires, suite à la déclaration d'D'Alma Ata en 1978, à la participation financière de l'usager, suite à l'initiative de Bamako en 1987, améliorer le recouvrement des coûts des structures sanitaires et faire face à la crise des budgets Publics. La tendance actuelle est vers la promotion de la couverture universelle ; ce qui implique que le financement de la santé repose davantage sur les cotisations. Compte tenu des capacités limitées de taxation, le développement de l'assurance maladie, sous forme publique ou privée, est au cœur de nombreuses réformes du financement de la santé dans les pays à faible revenu.

Une vaste réflexion théorique et opérationnelle s'est ainsi engagée sur le financement de type assurantiel au cours des années 90 et, plus globalement, sur le financement de la santé comme élément d'un dispositif de protection sociale.

En Tunisie, avant l'avènement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (1 juillet 2007), les dépenses de santé ont été caractérisées par la part relativement élevée du revenu des ménages consacrée pour l'hygiène et la santé ; cette part est passée de 7.0% en 1985 à 10.3% en 2005 (7). Cette situation a poussé à la mise en place de la réforme d'assurance maladie avec l'instauration de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Cette loi institue un double régime de couverture : l'un obligatoire de base, et l'autre facultatif complémentaire (mutuelles et assurances). L'objectif de cette réforme est d'améliorer la qualité des soins, de faire bénéficier l'ensemble des assurés des mêmes prestations et de rationaliser les dépenses du secteur de la santé. Le taux d'équilibre du financement de ce régime a été fixé à 6,75% de la masse salariale dont 4% à la charge de l'employeur et 2,75% à la charge du salarié. Le système de sécurité sociale a atteint un taux de couverture de 92% en 2008. En 2007, les dépenses de santé représentaient 2.7 milliard de dinars. L'État participe à hauteur de 28.6% de ces dépenses, contre 41.75% directement pour les ménages et 24.1% pour la CNAM (données non publiées).

Comparaison des dépenses de santé, de l'accès aux soins, de la qualité des prestations de soins et de l'efficacité des différents systèmes

La comparaison de l'efficacité des différents systèmes de santé se heurte à certaines difficultés méthodologiques, notamment en

matière de fiabilité des données utilisées et l'absence de standardisation des méthodes pour l'obtention de ces données. La mesure de l'efficacité constitue en effet une tâche complexe et pose un certain nombre de défis conceptuels et méthodologiques qui laissent une large place aux erreurs de mesure (8).

Pour mesurer la performance des systèmes de santé, l'OMS a tenté dans son rapport 2000 (1) d'unifier ces différents objectifs dans un indice pondéré afin de pouvoir comparer tous les systèmes de santé les uns aux autres. Cependant, cet indicateur ne semble pas avoir l'unanimité ; l'espérance de vie à la naissance demeure encore l'indicateur de santé le plus disponible, même s'il n'est pas nécessairement le plus spécifique. Certes, il ne s'agit que d'un indicateur partiel, qui ne reflète pas la prévalence des maladies, ni l'invalidité ou la qualité de vie, et les contraintes induites par les données sont importantes. Néanmoins, comme le montrent les travaux de Joumard et al. (2008), il existe une forte corrélation entre l'espérance de vie et d'autres indicateurs de l'état de santé, comme de faibles taux de mortalité infantile (9).

Dépenses de santé

Dans les pays de l'OCDE en 2009 (10), Les États-Unis restent largement en tête de tous les pays de l'OCDE sur le plan des dépenses ; les dépenses en produits et services de santé par personne aux États-Unis ont progressé pour atteindre 7 960 USD, soit près de deux fois et demi la moyenne des pays de l'OCDE. La Norvège et la Suisse se placent en seconde position, avec un montant de dépenses par habitant qui ne représente qu'environ les deux tiers du montant dépensé aux États-Unis. La plupart des pays d'Europe septentrionale et occidentale, mais aussi le Canada et l'Australie, dépensent entre 3 200 USD et 4 400 USD (PPA), soit entre 100 et 130 % de la moyenne de l'OCDE. Parmi les pays qui dépensent moins que la moyenne de l'OCDE figurent le Mexique et la Turquie, mais aussi les pays d'Europe méridionale et orientale membres de l'OCDE ainsi que la Corée. Le Japon dépense lui aussi moins que la moyenne de l'OCDE dans le domaine de la santé malgré son revenu par habitant supérieur à la moyenne.

La figure 1 montre également la décomposition des dépenses de santé par habitant entre dépenses publiques et dépenses privées (voir aussi l'indicateur 7.5 «Financement des dépenses de santé»). En règle générale, le classement selon le montant des dépenses publiques par habitant demeure comparable à celui des dépenses totales. Même si le

secteur privé aux États-Unis continue de jouer un rôle dominant dans le financement, les dépenses publiques de santé par habitant restent supérieures à celles de la plupart des autres pays de l'OCDE (à l'exception de la Norvège, du Luxembourg et des Pays-Bas), du fait que les dépenses de santé totales sont beaucoup plus élevées que dans les autres pays.

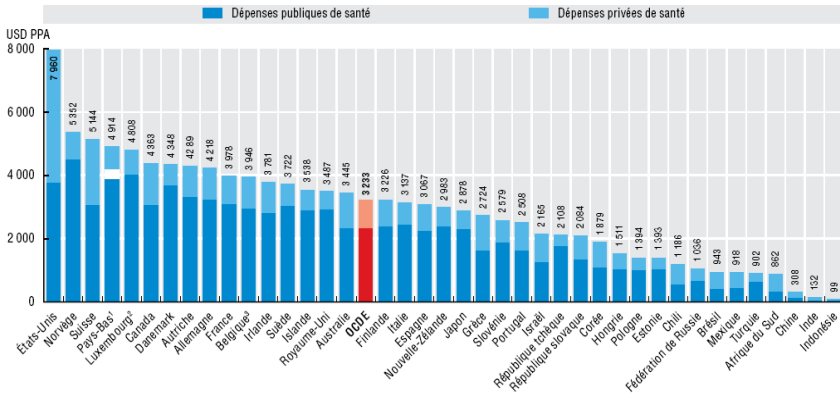


Figure 1 : Dépenses totales de santé par habitant, publiques et privées, 2009 (ou année la plus proche), dans les pays de l'OCDE.

Dans les pays en développement, les dépenses de santé par habitant en 2006, s'élevaient en moyenne à 67\$ en Asie du Sud, 79\$ en Afrique Sub-saharienne¹⁴, 132\$ en Asie de l'Est et du Pacifique, 173\$ au Moyen Orient et en Afrique du Nord, 271\$ en Amérique Latine et Caraïbes et 300\$ en Europe et Asie Centrale (6). Ainsi, dans les pays à faible revenu, les dépenses de santé restent bien inférieures aux montants qui seraient nécessaires pour fournir un panier de biens essentiels ou pour l'atteinte des OMD. La part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé apparaît également relativement faible dans les pays à faible revenu mais elle s'accroît à mesure que le revenu des pays augmente. La part des dépenses publiques représentait en 2006 46% des dépenses totales de santé dans les pays à faible revenu, 59% dans les pays à revenu intermédiaire faible et 64% dans les pays à revenu intermédiaire élevé. La plus grande partie des dépenses de santé dans les pays à faible revenu reste d'origine privée.

Accès aux soins :

Contribution directe des ménages aux dépenses des soins de santé

L'assurance maladie publique ou privée réduit considérablement le montant que les personnes paient directement pour les soins médicaux ; toutefois, dans certains pays, le poids de ces dépenses directes peut créer des barrières à l'accès aux soins de santé et à leur utilisation. Les ménages qui ont des difficultés à payer leurs factures médicales peuvent reporter à plus tard voire renoncer à des soins de santé dont ils ont besoin (11,12). En moyenne dans les pays de l'OCDE, 19 % des dépenses de santé sont réglées directement par les patients.

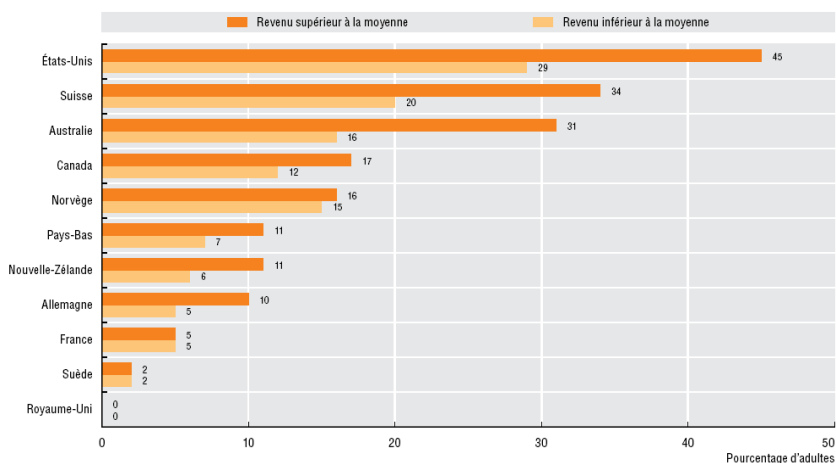
Une étude transnationale réalisée dans onze pays de l'OCDE a montré qu'un niveau élevé de dépenses directes (défini par un montant supérieur à USD 1 000 par an) était inhabituel pour les personnes à bas revenus comme pour les personnes à revenus élevés au Royaume-Uni, en Suède et en France (13). Dans d'autres pays, les adultes ayant des revenus supérieurs à la moyenne sont plus susceptibles de faire état de dépenses directes élevées. En Suisse et aux États-Unis, les proportions d'adultes pauvres ayant un niveau élevé de dépenses directes sont importantes, s'établissant respectivement à 20 % et 29 % (figure 2).

D'après une analyse des données de l'enquête Medical Expenditure Panel Survey aux États-Unis, 28 % des Américains vivant dans une famille pauvre (définie par un revenu familial au-dessous du niveau de pauvreté fédéral) dépensaient plus de 10 % de leur revenu familial après impôts en services de santé et en primes d'assurance maladie en 2004, contre 10 % des Américains vivant dans une famille à haut revenu (11). Parmi les personnes âgées aux États-Unis, les personnes à bas revenus payent le montant le plus élevé par rapport à leurs revenus, de dépenses directes composées pour l'essentiel de médicaments vendus sur ordonnance (14).

En 2007, les ménages de la catégorie à faible revenu aux Pays-Bas consacraient 6.5 % de leur revenu disponible aux dépenses directes, alors que dans la catégorie des ménages à très haut revenu, la proportion était de 1.5 % (15).

Dans les pays de l'OCDE, une petite proportion de ménages est confrontée chaque année à des dépenses de santé très élevées ou

«catastrophiques» pouvant résulter d'une grave maladie ou d'un accident (16). Les pays où les dépenses directes des patients représentent une proportion relativement forte des dépenses de santé tendent aussi à avoir une proportion relativement élevée de ménages frappés par des dépenses catastrophiques. Dans certains pays, la contribution imposée aux usagers peut avoir pour conséquence que les ménages à bas revenus renoncent aux soins de santé et, de ce fait, n'utilisent pas assez de services pour que leurs dépenses soient catastrophiques.



Source : Schoen et al. (2010).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932530264>

Figure 2 : Coûts médicaux pour les ménages de 1 000 USD ou plus durant la dernière année, par niveau de revenu, dans onze pays de l'OCDE, 2010

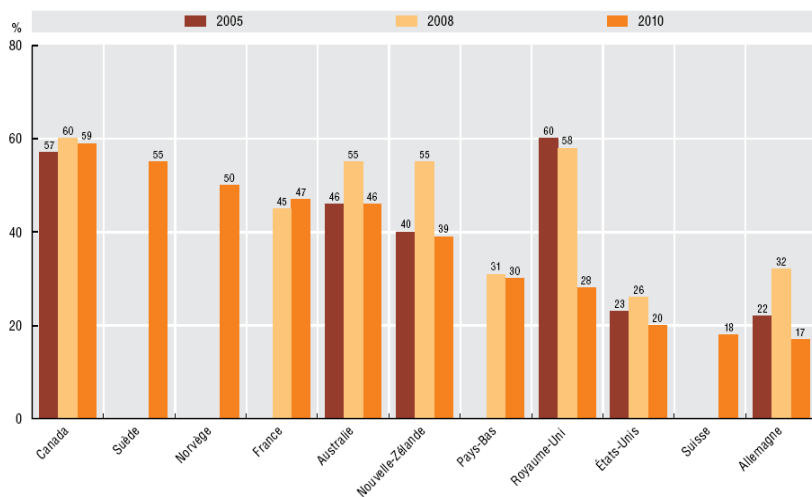
Délai d'attente

Les patients peuvent devoir patienter avant de bénéficier de services de santé pour un certain nombre de raisons dont le manque d'équipements médicaux ou de lits d'hôpitaux disponibles, la pénurie de personnel ou une organisation inefficace des services. Des délais d'attente excessifs pour voir un médecin ou bénéficier d'une chirurgie électorale peuvent parfois avoir des effets en termes de stress, d'anxiété et de souffrance préjudiciables pour la santé (17). Les délais d'attente ont également un impact négatif sur la perception du système de santé par le public.

En 2010, les délais d'attente pour avoir accès à un médecin ou à une infirmière étaient faibles dans la plupart des onze pays couverts par l'enquête du Commonwealth Fund (figure 3). Le Canada, la Norvège et la Suède sont les seuls pays dans lesquels un grand nombre de patients doivent attendre six jours et plus (18).

Les délais d'attente pour les consultations de spécialistes étaient également plus longs au Canada, en Norvège et en Suède, 50 % et plus des enquêtés déclarant qu'il fallait attendre un minimum de quatre semaines avant d'obtenir un rendez vous (En Allemagne, en Suisse et aux États-Unis, le temps d'accès était moindre, 80 % et plus des patients obtenant dans les quatre semaines un rendez-vous chez un spécialiste.

L'idéal n'est pas nécessairement d'abolir les délais d'attente. Il peut être plus efficace d'avoir de petites listes d'attente pour les candidats à une chirurgie électorale car, dans ce cas, les conséquences pour la santé sont minimales et on peut ainsi faire des économies en termes de capacité hospitalière (19). Cela peut également dissuader des patients qui ne retireront de l'intervention que des avantages minimes au plan de la santé (20).



Source : Enquêtes internationales sur les politiques de santé du Commonwealth Fund.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932530511>

Figure 3 : Temps d'attente de quatre semaines ou plus pour un rendez-vous chez un spécialiste, dans les pays de l'OCDE.

Qualité des soins

L'évaluation de la qualité des soins peut être appréhendée à travers plusieurs indicateurs. A titre d'illustration, c'est la mortalité suite à une admission pour un infarctus du myocarde qui a été retenue. En, effet, les taux de mortalité due à ces maladies coronariennes ont baissé depuis les années 70. Cette diminution peut être attribuée dans une large mesure à une baisse de la mortalité due à un infarctus aigu du myocarde (IAM) suite à un meilleur traitement en phase aiguë. Les succès obtenus en cas d'IAM sont d'autant plus remarquables que tout donne à penser que l'incidence de l'IAM n'a pas diminué dans la plupart des pays (21,22). Toutefois, un grand nombre d'études ont montré qu'une proportion considérable de patients victimes d'un IAM ne reçoit pas les soins appropriés (23).

Le taux de décès à l'hôpital suite à un IAM est considéré être une bonne mesure de la qualité des soins aigus car il reflète les processus de soins en cas d'IAM, tels qu'une intervention médicale efficace comme la thrombolyse et l'administration précoce d'aspirine et de bêtabloquants, ainsi que le transport en temps voulu des patients. Les taux de mortalité par IAM ont été utilisés pour une analyse comparative des hôpitaux dans plusieurs pays dont le Canada, le Danemark, le Royaume-Uni et les États-Unis (figure 4).

Les variations des taux bruts et normalisés de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission pour IAM sont très larges. Les taux les plus faibles sont enregistrés au Danemark et en Norvège. Le taux le plus élevé est enregistré au Mexique qui affiche également le taux le plus élevé de mortalité annuelle par IAM y compris les décès en dehors de l'hôpital.

Le Japon arrive juste derrière bien que son taux de mortalité global par IAM soit le plus bas.

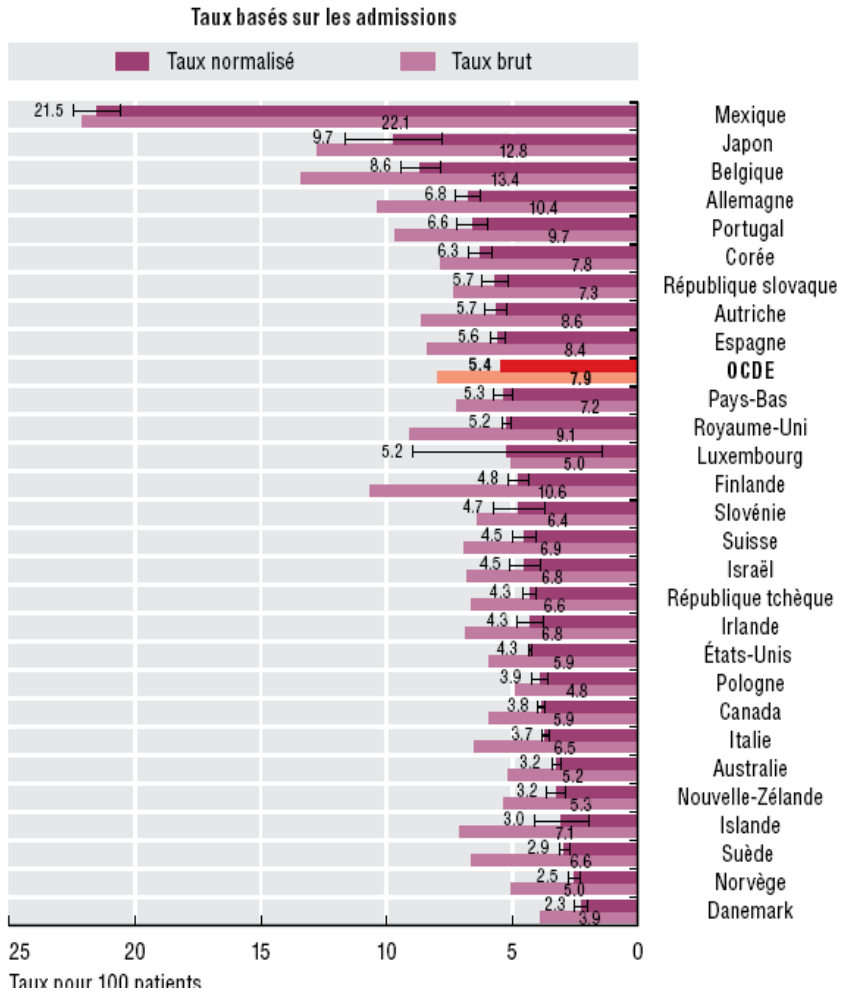


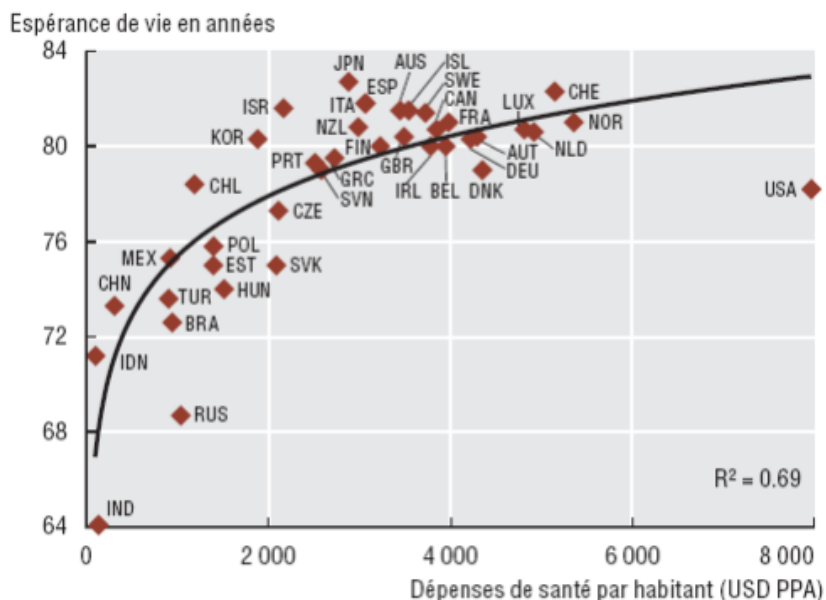
Figure 4 : Taux de mortalité à 30 jours après admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM), 2009 (ou année la plus proche), dans les pays de l'OCDE.

Efficiencce : Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé

- Pays de l'OCDE

Dans les pays de l'OCDE, il existe une relation positive entre le niveau des dépenses de santé et l'espérance de vie à la naissance, même si cette corrélation tend à être moins forte dans les pays où les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées. Comme l'illustre l'exemple des Etats Unis, le système libéral présente le rapport coût efficacité le plus faible. Les systèmes de santé de type beveridgien présentent le meilleur rapport coût efficacité ; alors que les systèmes de santé bismarkien occupent une position intermédiaire entre le système libéral et le système beveridgien.

Une étude récente a évalué l'efficacité de 19 services de santé de 19 pays Européens visant à analyser le rapport coût /efficacité de chaque système de santé en terme de réduction de la mortalité des patients, entre les années 1995 et 2006 (24). La base de comparaison était le résultat obtenu avec le système de santé américain. Au cours de la période analysée, chaque pays a réussi à réduire la mortalité de ses patients et 15 pays Européens ont fait mieux que le comparateur, les Etats-Unis. La France n'arrive, elle, qu'en 9^{ème} position, avec des résultats 20% inférieurs à ceux de l'Angleterre. L'Irlande est première et le Royaume-Unis second meilleur pays. La France si fière de son système de santé est derrière l'Autriche, l'Italie, La Finlande, L'Espagne, la Suède et les Pays-Bas, mais devant la Norvège, la Grèce, l'Allemagne, le Portugal et la Suisse, bonne dernière du classement.



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 ; Banque mondiale et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932527794>

Figure 5 : Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2009 (ou année la plus proche, dans les pays de l'OCDE.

Pays en développement et pays à faible revenu

Dans les pays en développement, en dépit de nombreux efforts ont ainsi été réalisés par les autorités nationales et les partenaires extérieurs au cours des dernières décennies pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé, les résultats ne sont pas à la hauteur des efforts consentis. La situation est caractérisée par une insuffisance de ressources, une inefficience et une iniquité des systèmes. La question d'optimisation des ressources du secteur de la santé devient centrale pour les politiques de financement ainsi que la nécessité de développer des approches pour rendre plus efficaces les interventions publiques et privées de la santé (WHO 2000). Il s'agit de mieux utiliser les ressources disponibles afin d'améliorer l'efficacité

technique des systèmes de santé et de lier davantage les ressources mises en œuvre aux résultats atteints.

Dans les pays à faible revenu, les dépenses de santé restent insuffisantes pour fournir un panier de biens essentiels ou pour l'atteinte des OMD. Ces dernières représentaient en moyenne 26\$16 en 2006 et parmi les pays à faible revenu.

La part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé apparaît également relativement faible dans les pays à faible revenu mais elle s'accroît à mesure que le revenu des pays augmente. La part des dépenses publiques représentait en 2006 46% des dépenses totales de santé dans les pays à faible revenu, 59% dans les pays à revenu intermédiaire faible et 64% dans les pays à revenu intermédiaire élevé. La plus grande partie des dépenses de santé dans les pays à faible revenu reste d'origine privée. Augmenter les ressources publiques pour la santé renvoie à la problématique centrale de l'élargissement de l'espace budgétaire. Les possibilités d'accroissement des ressources intérieures apparaissent relativement limitées (25). La mobilisation de ressources publiques dépend en effet à la fois du potentiel fiscal mais aussi de la volonté politique. Cette question s'illustre avec l'objectif d'Abuja visant à consacrer 15% du budget de l'Etat à la santé, auquel les pays africains se sont engagés en 2001. En 2006, seuls cinq pays d'Afrique Sub-saharienne atteignaient ce seuil ; il s'agit du Rwanda, du Malawi, du Botswana, du Libéria et du Burkina-Faso.

Déterminants de l'efficience des systèmes de santé

Quels sont les facteurs qui déterminent l'efficience des systèmes de soins. Il s'agit de (i) la structure du financement des systèmes de santé, (ii) l'environnement politique et institutionnel, (iii) l'environnement économique, social et démographique et (iv) l'environnement sanitaire. En fait, il n'existe pas de système de santé optimal. C'est ainsi que dans les pays de l'OCDE, les dépenses tendent à être élevées dans les pays qui s'appuient le plus sur les mécanismes de marché, disposant d'une assurance publique ou privée pour la couverture de base, par opposition aux pays pour lesquels, les prestations de services et assurance sont essentiellement publiques.

Or si certains de ces pays qui s'appuient le plus sur les mécanismes de marché, affichent une espérance de vie relativement longue, ils ne sont pas les seuls. D'autre part, dans plusieurs pays, on observe de

fortes inégalités d'état de santé au sein de la population. Il est intéressant de constater que les inégalités semblent relativement peu marquées dans trois des quatre pays où le système de santé est fondé sur l'assurance privée, à savoir l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse. Ceci tient peut-être au fait que les réglementations dans ces pays – comme l'obligation pour les assureurs de couvrir toute personne qui en fait la demande.

Concernant l'importance du financement public, les études ont jusqu'à présent mis en évidence une absence de relation (26,27) ou une relation négative entre l'efficacité des systèmes de santé et l'importance du financement public (28)

Ces résultats, qui rejoignent dans une certaine mesure ceux relatifs à l'efficacité des dépenses publiques de santé, s'expliquent le plus souvent par de mauvaises allocations des dépenses publiques (types de soins, structures de soins) et un mauvais ciblage des ressources. Concernant le rôle de l'assurance maladie, il est connu que l'extension de l'assurance maladie est souvent justifiée par ses gains potentiels en matière d'efficacité, à côté de ses gains en matière de justice sociale. Cependant, l'assurance maladie peut s'accompagner d'augmentation des dépenses, en rapport avec une augmentation de l'offre et de la demande de soins.

CONCLUSION

Les systèmes de santé sont amenés à améliorer l'état de santé de la population à travers des soins curatifs, préventifs et de promotion de la santé, assurer une maîtrise du rythme de croissance des dépenses de santé, à améliorer l'équité d'accès aux soins, amélioration de la santé et prévention des maladies, et garantir un financement viable et équitable des prestations de santé.

Le processus de réforme des systèmes de santé, pour en améliorer les performances n'est jamais facile, car la réussite dépend de l'attitude des diverses parties prenantes face aux réformes proposées. Compte tenu de la rapidité d'évolution de la médecine et des objectifs de soins, la réforme des systèmes de santé est nécessairement un processus permanent ; il existe peu de solutions rapides ou définitives.

Pour améliorer les performances d'ensemble des systèmes de santé, il est recommandé de :

- Investir dans des systèmes d'informatisation des données médicales nécessaires pour améliorer l'organisation et la production des soins.

- Contrôler régulièrement les performances du système de santé, à l'aide d'indicateurs valables et de données fiables, et les comparer aux objectifs fixés ou aux performances des pairs (à travers des comparaisons internationales).

Dans les pays en développement, étant donnée la rareté des ressources, à la fois humaines et matérielles, un des principaux enjeux pour ces pays consiste à élargir progressivement l'assurance tout en favorisant l'articulation de ces différents mécanismes de financement dans un cadre cohérent. Il existe en effet des mécanismes de prépaiement, des formules de financement communautaires, d'assistance sociale et d'assurance sociale à travers les taxes ou les contributions sociales. Avec tous ces mécanismes, l'Etat devrait s'assurer qu'il n'y ait pas de chevauchement de couverture qui pourrait résulter en une double taxation. L'assurance maladie constitue un instrument de financement des soins de santé prometteur afin de mobiliser des ressources additionnelles et d'offrir une protection financière aux individus contre le risque maladie.

REFERENCES

- Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS 2000.
- 2- Oxley H., Mac Farlan M., 1994. -Health care reform: controlling spending and increasing efficiency. OECD Economics Department Working Papers, No. 149, OECD, Paris.
- 3- Le faou AL. Les systèmes de santé en question : Allemagne, France, Royaume Uni, Etats-Unis, Canada. Coll. sciences humaines en médecine. Paris (France) : Ellipses ;2003.
- 4- Karel Florence, 2009, «Le financement public des dépenses de santé prime dans les pays de l'OCDE, sauf aux USA et Mexique», News-assurances, 9 décembre 2009, disponible sur <http://www.news-assurances.com/le-financement-public-des-depenses-de-sante-prime-dans-les-pays-de-locde-sauf-aux-usa-et-mexique/016721978>
- 5 -Busse, R., (2006), Les systèmes de santé en Europe : données fondamentales et comparaison, La Vie économique Revue de politique économique, 12:10-3. Disponible sur le site suisse de la revue "La vie économique" (Die Volkswirtschaft).

- 6- Cohu Sylvie et Lequet-Slama Diane, 2007, «le système d'assurance santé au États-Unis», disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er600.pdf>
- 7- Enquête nationale sur la consommation des ménages, 2005 INS
- 8- Yohana DUKHAN. Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie. Thèse Nouveau Régime Présentée et soutenue publiquement le 30 Avril 2010 Pour l'obtention du titre de Docteur ès Sciences Économiques dans les pays en développement. Université d'Auvergne Clermont-Ferrand 1 Faculté des Sciences Économiques et de Gestion. Ecole Doctorale des Sciences Économiques, Juridiques et de Gestion. Centre d'Études et de Recherches sur le Développement International (CERDI).
- 9- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2008), «Health Status Determinants : Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency», Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n°627, OCDE, Paris.
- 10 -OCDE (2011), Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr
- 11- Hoffman, C., D. Rowland et E.C. Hamel (2005), Medical Debt and Access to Health Care, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Washington.
- 12- Banthin, J.S., P. Cunningham et D.M. Bernard (2008), «Financial Burden of Health Care, 2001-2004», Health Affairs, vol. 27, pp. 188-195.
- 13- Schoen, C. et al. (2010), «How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries», Health Affairs, vol. 29, no 12, pp. 2323-2334.
- 14- Corrieri, S. et al. (2010), « Income-, Éducation- and Gender-related Inequalities in Out-Of-Pocket Health-Care Payments for 65+ Patients – A Systematic Review », International Journal for Equity in Health, vol. 9, Article no 20.
- 15- Westert, G.P. et al. (dir.pub.) (2010), Dutch Health Care Performance Report 2010, National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Pays-Bas.
- 16- OMS (2010c), Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé - Le chemin vers une couverture universelle, OMS, Genève.
- 17- Sanmartin, C. et al. (2003), Access to Health Care Services in Canada, 2001, Statistique Canada, Ottawa.
- 18- Davis, K. et al. (2010), Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the US Health Care System Compares Internationally, 2010 Update, Commonwealth Fund, New York.

- 19- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), "Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries", Document de travail de l'OCDE sur la santé, no 7, Éditions de l'OCDE, Paris.
- 20- Laudicella, M. et al. (2010), Waiting Times and Socioeconomic Status: Evidence from England, Health, Econometrics and Data Group Working Paper n 10/05, Université de York
- 21- Goldberg, R.J., J. Yaerzebski et D. Lessard (1999), "A Two-Decades (1975 to 1995) Long Experience in the Incidence, In-Hospital and Long-Term Case-Fatality Rates of Acute Myocardial Infarction: A Community-Wide Perspective", *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 33, pp. 1533-1539.
- 22- Parikh, N.I. et al. (2009), « Long-Term Trends in Myocardial Infarction Incidence and Case Fatality in the National Heart, Lung, and Blood Institute's Framingham Heart Study », *Circulation*, vol. 119, pp. 1203-1210.
- 23- Eagle, K.A. et al. (2005), « Guideline-Based Standardized Care is Associated with Substantially Lower Mortality in Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction: the American College of Cardiology's Guidelines Applied in Practice (GAP) », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 46, pp. 1242-1248.
- 24- Colin Pritchard, Mark SWallace. Comparing the USA, UK and 17 Western countries' efficiency and effectiveness in reducing mortality. *J R Soc Med Sh Rep* 2011;2:60. DOI 10.1258/shorts.2011.011076)
- 25- Mathonnat J., 2010. Disponibilité des ressources financières pour la santé dans les pays d'Afrique Subsaharienne. Notes et Documents No 52 (à paraître), 283 pages. Paris : Agence Française de Développement.
- 26- Gupta S., Verhoeven M., 2001. -The efficiency of government expenditure: experiences from Africal. *Journal of Policy Modelling* 23(4): 433-467.
- 27- Greene W., 2004. -Distinguishing between heterogeneity and inefficiency: stochastic frontier analysis of the World Healt.
- 28- Herrera S., Pang G., 2005. -Efficiency of public spending in developing countries: an efficiency frontier approachl. World Bank Policy Research Working Paper 3645, Washington DC, World Bank.

