
Recebido: 18-10-2024 | Aprovado: 24-02-2025 | DOI: <https://doi.org/10.23882/rmd.25264>

Les Performance comparatives des systèmes de santé : indicateurs clés et perspectives futures

Comparative performance of healthcare systems:
Key indicators and future prospects

FAHMI Asmaa,

Doctorante 3^{ème} année

Université Mohammed V, faculté Souissi, Maroc
(fahmiasmaa.aem@gmail.com)

ECHAOUI Abdellah,

Professeur d'Enseignement Supérieur

Université Mohammed V, faculté Souissi, Maroc
(a.echaoui@um5r.ac.ma)

Résumé : Le secteur de la santé vient à occuper une place importante dans les politiques publiques, cette tendance s'est renforcée avec la pandémie de Covid-19. Dans ce cadre, le point focal de notre travail c'est présenter et analyser des divers modèles de systèmes de santé avec une exposition Historique, Approches et Implications et ce, pour renseigner le fonctionnement et les différentes perspectives de chaque système. A ce titre, il est incontournable de mettre en exergue les indicateurs et l'approche d'évaluation de la performance des systèmes de santé, bien qu'ils fournissent des données de bases consistantes pour les discussions politiques. La comparaison des systèmes de santé demeure un outil particulièrement important, dans ce cadre nous illustrant des exemples de classement émanant par des institutions internationales agréées. En guise de conclusion, nous soulignons que la comparaison internationale vise à faciliter la prise des décisions pour les autorités politiques et ce, par étudier les liens existants entre les divers caractéristiques des systèmes de santé afin d'améliorer les résultats sanitaires et la mise d'un système de santé efficace qui répond aux attentes de la population.

Mots clés : système de santé, évaluation de la performance, les indicateurs de performance, la comparaison internationale

Abstract: The health sector has come to occupy an important place in public policies, a trend that has been reinforced by the COVID-19 pandemic. In this context, the focal point of our work is to present and analyze various healthcare system models with a historical overview, approaches, and implications in order to provide insight into the functioning and different perspectives of each system. In this regard, it is essential to highlight the indicators and the approach to evaluating the performance of healthcare systems, as they provide solid baseline data for political discussions. Comparing healthcare systems remains a particularly important tool, illustrated by examples of rankings from internationally recognized institutions. In conclusion, we emphasize that international comparisons aim to facilitate decision-making for policymakers by studying the existing links between the various characteristics of healthcare systems in order to improve health outcomes and establish an effective healthcare system that meets.

Keywords: healthcare system, performance evaluation, performance indicators, international comparison

Introduction

Le Maroc en tant que pays émergent, a entrepris un voyage audacieux vers l'évolution pour réaliser son plein potentiel, toutefois, ce voyage n'était pas gratuit mais résultats de plusieurs réformes visant à assurer l'égalité, l'équité et l'inclusion économique et sociale. À ce titre, le Maroc a adopté plusieurs réformes concernant des secteurs qui ont pu démontrer leurs participations quant à la réaliser de la croissance économique et le développement social. Dans ce cadre le secteur de la santé, à l'instar des autres secteurs, aussi a pu prouver ses contributions significatives en matière du développement socio-économique, par privilégier le capital humain et le mettre au cœur de ses politiques.

A ce titre, d'après la calamité de la pandémie Covide-19, qui s'est révélé d'une part l'importance du capital humain en tant qu'un pilier fondamental et crucial pour réaliser le développement économique et social, grâce à ses compétences et les conditions de santé qui accumule tout au long de sa vie. D'autre part, sur le plan social la pandémie s'est révélé pareillement la fragilité de plusieurs systèmes de santé, quant aux approches liées à la gestion des crises sanitaires, les infrastructures et le financement.

Par ailleurs, les incidences de cette calamité particulièrement a basculé non seulement le système économique et social du monde entier, mais aussi a met en question l'efficacité

de certains politiques et stratégies adoptés pour réaliser un système efficient capable à maîtriser les défis, répondre aux attentes et les exigences de la population.

Dans ce contexte, il existe un large consensus concernant la définition de la santé étant une pierre angulaire du bien-être et le développement humain. Cependant, il faut souligner l'existence de plusieurs systèmes de santé, l'efficacité et les défis de ces derniers varient considérablement d'un pays à autres. Dans ce sens, cette diversité en matière d'efficacité entre les systèmes provient en premier lieu de la présence de certaines différences dans le système de santé et le contexte socio-économique de chaque pays.

En effet, chaque système de santé qu'il soit son caractère ou modèle privé, publique ou mixte, il est doté particulièrement de la capacité d'influencer directement l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des services de santé. Cette variation entre les systèmes de santé nous permet de commencer notre analyse par s'interroger sur le fonctionnement de ces systèmes qui rivalisent entre eux pour développer leurs mécanismes permettant l'amélioration de leurs performances et répondre aux crises sanitaires.

Dans ce sens, notre problématique s'articule autours la question suivante : **Dans quelle mesure la comparaison internationales permet aux décideurs politiques d'améliorer la performance productives des systèmes de santé ?**

En effet, l'importance de cette problématique s'inscrit dans le cadre de comprendre les mécanismes de chaque système, permettant l'amélioration des indicateurs de performance de chaque pays, savoir si le système de santé le plus performant c'est le plus doté par un financement important aussi le partage d'information entre la population et les décideurs politiques.

Dans ce contexte, notre travail sera une convenance pour mettre en exergue une comparaison internationale des principaux types de système de santé : publique, privé ou mixte, tout en illustrant cette diversité par des exemples des pays. Pareillement, procéder une évaluation des indicateurs de performance des systèmes de santé, tout en intégrant le niveau socio-économique de chaque pays. Finalement exposer les défis communs à l'échelle mondiale.

1. Présentation et analyse des divers modèles de systèmes de santé : Historique, Approches et Implications

1.1 Cadre conceptuel

La santé

La définition de mot santé élaborée par l'OMS présente plusieurs critiques en raison du mot complet, en effet la définition est présentée comme suite : « *la santé étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (OMS)

Dans ce cadre (Raimondeau,2021) souligne l'existence de plusieurs définitions de la santé s'agissant d'une définition négative sur le mode : « *la santé est l'absence de maladie déclarée* », alors cette définition rend mal compte de maladie de long durée non apparentes notamment le diabète l'hypertension artérielle. Dans ce sens, il conclue une approche binaire « *malade – non malade* » Également, il trouve la définition mal adaptée lorsqu'il s'agit d'une situation des maladie chroniques ou bien la présence d'handicap.

En outre, il ajoute une définition classique reconnue internationalement, présentant réellement mérites mais aussi des limites, puisqu'elle dégage l'unique référence à la maladie mais aussi introduit explicitement le caractère global de la notion de santé ce qui la conféré une positivité. En revanche, elle a l'inconvénient avec la notion de – bien-être- au contenu incertain et entouré par la subjectivité, alors l'objectif de cette définition est d'afficher la notion d'interaction avec l'environnement physique et social et de suggérer la dimension qui s'attache à la santé.

Leonardi (2018), suggère que la définition de la santé n'inscrit pas dans une question théorique, pourtant elle a plusieurs implications pour la pratique qui concerne la politique et les services de santé. En outre, la définition donnée par OMS n'est plus adaptée aux nouveaux défis des systèmes de santé. En effet, d'un point de vue épistémologique, avoir une définition unique doit être rejetée au profil de l'approche pluraliste dans laquelle une seule définition peut être optimal selon le champ d'application.

La définition de la santé connait une mutation continue au fil de temps, ce dynamique provient d'une part des critiques relatifs à la limite de la définition proposée par OMS, d'autres part la santé joins aux déterminants individuels, sociaux et environnementaux,

ce qui exige l'inclusion des différentes dimensions dynamiques qui s'attachent à la santé. A ce titre, il est incontournable de mettre en exergue le modèle de Meikich qui propose une définition de la santé à trois différents niveaux particulièrement concernant :

- ✓ L'individue,
- ✓ La société,
- ✓ L'environnement.

Dans ce contexte, en considérant une personne est en bonne santé quand elle est capable de répondre aux exigences de la vie, cette définition s'applique à tout (e) être vivant (e).

En outre, afin de répondre aux exigences de la vie, il est important que chaque individu dispose d'un potentiel naturel notamment un corps, un potentiel personnel acquis c'est-à-dire une personnalité. De ce fait, les cinq composantes du modèle sont jointes par dix processus s'échange – double flèche-, toutefois, en cas de maladie cette composition aide à concevoir de quelle façon le modèle est affecté. Finalement, la construction de 5 composantes avec 10 processus d'échange remplit les conditions préalables qui permettent de comprendre la santé humaine en tant que : système adaptatif complexe (SAC).

A ce titre, il est important de noter que l'émergence du SAF permet l'attribution à chaque individu l'opportunité de développer une individualité autonome unique (limitée) de la naissance jusqu'à la mort, avec des crises qui peuvent parfois survenir spontanément. Dans ce sens, le concept du SAC explique les évolutions favorables et défavorables de la santé. (Franziska Egli, 2021)

Ces visions plus larges de la santé ont été développées depuis le concept de santé positive a été sollicité par Huber et al. (Van drutan, 2022) en effet, une étude menée par Huber, qui se base sur la méthode mixte, c'est-à-dire la première étape est fondée sur la méthode qualitative avec entretiens et focus groups, suivie d'une enquête quantitative, l'objectif de cette étude c'est l'évaluation de l'adhésion au nouveau concept dynamique de santé notamment : « la santé comme capacité à s'adapter et à s'autogérer » publié en 2011, par ailleurs, élaborer des indicateurs perçus de santé afin de rendre le concept mesurable.

De ce fait, la conclusion de cette étude nous suggère l'utilisation du terme « la santé positive » pour une perception plus large de la santé. Cette perception nous facilite la

prise de décision partagée et renfort à relier les soins de santé au domaine social, ce qui permet de démedicaliser les problèmes sociaux.

Le concept de la santé issus de différentes perspectives et pour chaque perspective et chaque individu la santé pourrait porter une valeur différente. Dans ce sens il parait impossible de choisir ou bien définir un concept de santé adéquat à tous les contextes. Dans ce cadre, en se basant sur l'étude de (van drutan,2022) nous regroupant les différents points de vue en matière la définition de la santé pour illustrer les différents perspectives apporté par chaque catégorie. La santé au point de vue de :la population active, le soignant-professionnel de santé, patient et les personnes âgées.

Catégorie	Résultats	Les Soubassements théoriques
Population générale	Multidimensionnel Participation Autogestion	« L'équilibre entre les domaines physique, spirituel, cognitif, émotionnel et/ou social de la vie » (Lipworth et al.2011) « La santé est le moyen de vivre une vie active » (Makoul et al.2009) « <i>La santé est le résultat des comportements d'un individu et se matérialise dans la maîtrise de soi nécessaire pour adopter ces comportements</i> ». (Makoul et al.2009)
Soignant	Multidimensionnel Subjectif Adaptation au changement Fonctionnement complet	« <i>La santé est plus multidimensionnelle</i> » (Hunter et al.2013) « <i>Chaque personne est unique et la façon dont la santé est définie par une personne, un groupe ou une communauté est subjective</i> » (Merry et al,2013) « La santé comme « la capacité de s'adapter et de s'autogérer... » (Huber et al,2011) « <i>La conception la plus avancée de la « santé qui est plus que l'absence de maladie</i> »(Hunter et al.2013)
Patient	Subjectif Fonctionnement quotidien Autogestion Vie satisfaisante Adaptation au changement Multidimensionnel	<i>La santé est un phénomène subjectif et dynamique</i> (Ebrahimi et al.2012) « <i>La santé est toujours en arrière-plan, nous permettant de faire ce que nous faisons toujours</i> » (Warsop ,2009) « ... être capable de gérer ses tâches quotidiennes » (Jormfeldt H,2009) « ... faire l'expérience d'un sens à la vie... » (Jormfeldt H,2009) « <i>La santé était caractérisée par un modèle rythmique de vie avec le paradoxe de la maladie chronique ; c'est-à-dire, la construction de significations sur sa santé qui renforcent les forces personnelles tout en reconnaissant les pertes et les changements apportés par leur maladie</i> » (Shearer et al.2009) « ... la santé qui est plus que l'absence de maladie ... » (Huger et al,2013)
Âgée	Autogestion La vie satisfaisante La subjectivité La participation	« ... les personnes âgées sont en bonne santé lorsqu'elles ont la capacité de faire quelque chose de manière indépendante... ». (Song et al .2015) ajoutant aussi : « ... les personnes âgées ressentent une bonne santé lorsqu'elles ont des liens avec les autres » « <i>L'état d'harmonie et d'équilibre est hautement individualisé...</i> » (Ebrahimi et al. ,2012) « <i>La santé était étroitement liée à la possibilité d'être actif et de participer à la vie sociale...</i> » (Fänge A et al. 2009)

Source : l'étude de Van druten et al. 2022 : Concepts de santé dans différents contextes : une étude de portée

Le Système de santé

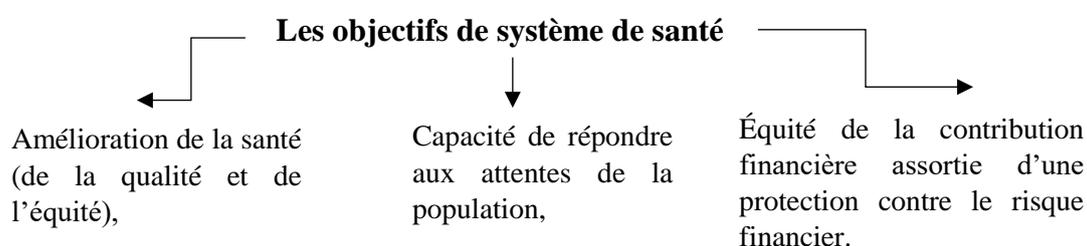
D'après le rapport de OMS intitulé : des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vie en 2005, le système de santé c'est « *la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé.* » Dans ce contexte on pourrait déduire que le système de la santé est un système complexe nécessitant une collaboration et coordination entre les organisations avec une gouvernance et gestion adéquate pour répondre aux attentes de la population.

Selon **Loi- cadre n° 06-22** relative au système national de santé la Haute sollicitude de Sa Majesté, en considérant que le défi majeur consiste à « *opérer une véritable mise à niveau du système de santé, conformément aux meilleurs standards et en synergie totale entre secteurs public et privé* » Conformément à **l'article 3 du Bulletin officiel n° 7178 – 23 chaabane 1444 (16-3-2023)** et au sens de la présence de Loi-cadre en entend par le système de santé :

« *L'ensemble des institutions, des organismes, des actions et des ressources y affectées intervenant dans le domaine de la protection de la santé aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, aux niveaux national et régional et qui sont organisés pour la réalisation des objectifs visés à l'article 2 ci-dessus* ». Dans ce cadre, il est crucial de mettre la lumière sur les principes de base de système de santé défini au niveau de l'article 4 par ladite Bulletin officiel.

- *L'égalité d'accès aux soins et aux prestations de santé ;*
- *La continuité des prestations de santé ;*
- *L'équité et l'équilibre dans la répartition spatiale des ressources, des structures et des prestations de santé sur l'ensemble du territoire national ;*
- *La bonne gouvernance ;*
- *L'adoption de l'approche genre dans l'élaboration des politiques, des programmes et des stratégies de santé ;*
- *La gestion basée sur les résultats et la corrélation entre la responsabilité et la reddition des comptes ;*
- *La mutualisation des moyens ;*
- *La mobilisation de l'ensemble des citoyennes et citoyens, des institutions, des organismes relevant des secteurs public et privé ainsi que des associations de la société civile et leur implication dans l'exécution de la politique de l'Etat relative à la prévention des épidémies, des maladies et des autres risques sanitaires, et celle relative aux programmes visant l'amélioration de la situation sanitaire de la population et la disponibilité des soins de santé de base.*

En outre, l'OMS a regroupé les objectifs de système de santé en trois buts généraux notamment :



Dans ce cadre, il faut noter que le système de santé ne se limite pas à l'ensemble des établissements et ne concerne pas uniquement le secteur public, en revanche il inclut la pyramide des structures sanitaires ainsi les ressources nécessaires pour assurer les services de santé, également concerne les interventions sanitaires collectives notamment les campagnes antitabac et sur l'alimentation.

1.2 L'évolution Historique du système de santé : De l'antiquité à nos jours

❖ Antiquité

La médecine occidentale trouve ses origines dans la très haute Antiquité, où les premières formes de traitement étaient étroitement liées aux pratiques religieuses, les rituels magiques et les croyances religieuses constituaient les principaux moyens thérapeutiques dans la société les plus anciennes, cependant au fil du temps ces pratiques ont évolué vers une approche plus scientifique et rationnelle. (Olmer,2009) Au sein de la tradition médicale, un des personnages les plus vénérés est Hippocrate, souvent désigné sous le nom d'Hippocrate de Cos. En effet est considéré comme le père de la médecine (Jouanna ,2021), dans ce sens Hippocrate est le plus glorieux médecin de la Grèce antique.

- Entre Antiquité et Moyen âge

Pendant les premiers siècles de notre ère, les établissements offrant accueil et soins étaient désignés par des termes anciens comme "xénodochia" en grec, puis "hospes" et "hospitalia" en latin. Outre la philanthropie pratiquée dans diverses sociétés, l'Église naissante et sa charité contribuèrent largement au soulagement des souffrances et de la misère. Cette

institution pouvait être considérée comme dominant les interventions sociales voire politiques. Dans l'Orient, les traditions anciennes imprégnées de christianisme ont été préservées et renforcées. Les Pères grecs ont souligné le devoir humain de soutenir les pauvres, même au détriment de leur propre confort. De nombreux établissements, dirigés par des moines et des moniales suivant la règle de saint Basile, ont été ouverts. Les empereurs ont soutenu cette entreprise de christianisation par des réformes juridiques, notamment en se concentrant sur le sort des démunis, des étrangers et des organisations généreuses et caritatives. (Geadah,2012) Dans un tel contexte on pourrait souligner que cette période était marquée par le rôle crucial joué par la religion et l'église.

- **Vers la fin de l'empire Romain et au Moyen âge**

Cette époque a été marquée par le rôle crucial joué par les pères spirituels dont le maintien de la solidarité sociale, ainsi la protection de la santé générale de la population grâce à la construction des centres d'accueil de santé dédiés pour prendre en charge les malades. Dans ce contexte (Geadah, 2012) décrit dans son article la méthode de la prise en charge des malades et les sources de financement dans le but d'accompagner les personnes en situation de vulnérabilité. Dans ce sens, on découvre que les sources de financement proviennent de l'effort produit par les pères spirituels qui utilisaient leur propre richesse, ainsi bénéficiaient de leur pouvoir et influence auprès des riches dans le but d'obtenir des nombreuses donations et dons pour soutenir les établissements ecclésiastiques. Également, un certain nombre de souverains comme des rois et des reines ont aussi suivi cet exemple en fondant des centres d'accueil. En parallèle, cette période était marquée par les prospérités de l'Orient puisqu'il était conquis par l'Islam et sous la gouvernance des empires OMEYYADE et ABBASSIDE, des médecins qu'ils soient arabes ou issus des traditions arabe, juive ou persane, se distinguèrent. Dans ce sens leur expertise et leur influence pédagogique et leurs théories furent si remarquables pendant une longue période, enrichies de même les travaux grecs ainsi furent enseignées en Occident. Dans ce cadre, il devient incontournable de citer les médecins qui ont régné cette période à savoir : Y. Abou Zach. b. Massawayh, connu sous le nom de Mésué ; Al-Razi ; Ali ibn al-Abbas. (Jacquat, Troupeau), (Micheau,2017), (Rudi,2014), En outre, l'impact culturel arabe s'étendant aussi jusqu'en Andalousie, dans ce cadre deux célèbres figures se sont illustrées et distinguées à cette époque en Andalousie notamment :

Avicenne ou Ibn Sina (né en 980 / 370 هجرية à Bahara Transxiane et mort en 1037 (428 هجرية) ; Maimonide ou Ramban (1135- 1204), c'est la personnalité Juive la plus déterminante dans le monde musulman (Rudi,2014). En effet, Avicenne a développé une doctrine originale et assez complexe sur la nature de l'âme humain, il entame une réflexion sur la liberté humaine caractérisée par son activité spontanée et créative dans son sixième livre de la Physique et l'encyclopédie philosophique Kitab-al Sifa. (Sebti,20)

❖ De la Renaissance aux Lumières

Entre le XVIe et le XIXe siècle, l'occident accorde peu d'importance à la voix du patient dans le cadre de soins, cependant avec la renaissance les médecins se concentrent particulièrement sur la compréhension des mécanismes physiologiques du corps humain, de même devenant des savants. Dans ce sens grâce à Claude Bernard (né le 1813 à Saint-Julien et mort le 1878 à Paris) est un médecin physiologiste et épistémologue français c'est le fondateur de la médecine expérimentale (Habert, 2022), d'où la médecine devient progressivement plus expérimentale que théoriques.

En outre, sous l'influence de Jean-Nicolas Corvisart, le rôle de l'Hôpital persiste dans l'observation des symptômes et le suivi des patients est valorisé, conduisant à une plus grande attention envers ces derniers. Toutefois, ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XIXe siècle que les patients et leur dialogue avec les médecins acquièrent une place prépondérante. En outre, la fin du XVIIIe siècle voit émerger une tendance à la vulgarisation des connaissances médicales, favorisant ainsi un rapprochement entre praticiens et population.

- A partir du XIXe siècle

Cette période se caractérise par une mutation relative à la pratique médicale, l'attention des médecins en Occident s'est déplacée du savoir théoriques vers la personne malade, et ce, depuis la fin du XVIIIe. Certains médecins gardaient l'adoption d'une approche purement scientifique et distante, tandis que d'autres plus nombreux soucient davantage du bien-être global du patient, prenant en compte à la fois son corps et son esprit. En outre, ces médecins souvent agissaient comme de véritables confidents pour les patients faisant preuve d'une vertu admirable en faisant face aux défis posés par la maladie et les épidémies. (Geadah,2012)

2. Présentation des différents modèles de systèmes de santé

L'objectif de chaque système de santé consiste en premier lieu à satisfaire les besoins de la population en matière de la demande de soins et faire face aux défis surprenants. Dans ce cadre il est incontournable d'avoir un système efficace voir efficient, disposant des ressources financières et humaines durantes, permettant de surmonter l'ensemble des défis et satisfaire les besoins et les demandes en cas de vieillissement ou augmentation démographiques.

- Le système de santé Allemagne : Modèle Bismarckien

➤ Aperçue historique

Les systèmes de protection sociale, en tant qu'institutions structurées et institutionnalisées, ont émergé relativement tardivement. Ces issus de contextes sociaux et historiques variés, toutefois le modèle bismarckien, apparu à la fin du XIXe siècle en Allemagne.

En effet, grâce à la loi sur l'assurance des travailleurs de 1883 l'Allemagne devient un pionner en matière de la protection sociale. Toutefois le modèle allemand d'Otto von Bismarck (1815-1898) qui est encore aujourd'hui celui de l'assurance maladie allemande.

Ce modèle nommé « Bismarckien » fondé sur une logique assistancielle basé sur les prestations qui sont versées aux individus et qui ont cotisés dans le cadre de leur activité professionnelle.

À cette époque, Bismarck a lancé un vaste programme de réformes visant à établir un système de protection sociale en Allemagne. Il a ainsi mis en place différents mécanismes pour protéger les travailleurs en leur assurant un revenu en cas de maladie (1883), d'accident du travail (1884), d'invalidité et de vieillesse (1889). (**Autret, 2021**) Aujourd'hui, ce modèle est largement adopté dans de nombreux pays, notamment en dehors de l'Allemagne, comme la Belgique, les Pays-Bas et la Suisse

➤ Caractéristique

En effet le système bismarckien est un système fondé sur la logique assurantielle, donc les soins sont en fonction de cotisations des employés et des employeurs (**Forlodou, Moulin2023**) Dans ce cadre le mode de financement des assurances sociales implique la

cotisation sociale c'est-à-dire la cotisation patronale et salariale, constituant dans ce contexte la source de financement principale sinon exclusive.

Les ressources des régimes de sécurité sociale sont principalement conçues des cotisations sociales assises sur : les salaires et d'autres revenus d'activité partagés entre les travailleurs et les employeurs.

Dans ce sens ce modèle s'inscrit dans un principe assurantiel de protection des actifs organisée selon la structure professionnelle, comprenant les salariés, les artisans et commerçants, les agriculteurs, les professions libérales, cette protection vise à sécuriser ces individus et leurs familles contre le risque de perte de revenu due à la maladie, aux accidents ou au vieillissement. (Douat et Terrasse, 2022)

➤ **Les principes de base du système**

Les soins de santé en Allemagne reposent sur cinq principes de base à savoir :

Assurance obligatoire : L'assurance obligatoire a été introduit le 1^{er} Avril en 2007 pour les caisses publiques et en 2009 pour les caisses privées, dans ce cadre tous les citoyens notamment les résidents permanent ou habituel sont tenus à souscrire à une assurance maladie. Etant donné que les salarié(e)s avec un revenu ne dépasse pas un plafond fixé en 5212,50 euros par mois en 2020 sont obligatoirement souscrivent ou bien assurés auprès une caisse publique. Cependant, si le salaire dépasse le plafond l'assuré(e) reste libre de choisir de rester dans le système public ou un système privé.

Financement : Les caisses d'assurance maladie publiques et privées sont financées par les cotisations de leurs adhérents.

Une Caisse

Publique

- Le montant des cotisations dans une caisse publique est basé sur le revenu de l'assuré, aussi les cotisations augmentent avec les revenus pour soutenir le concept de "système de santé solidaire" ;
- Le taux de cotisation dans une caisse publique est de 14,6%, dont la moitié est payée par l'employeur, une contribution supplémentaire d'environ 1% peut être exigée, dont la moitié est également prise en charge par l'employeur ;
- Les caisses publiques permettent aux enfants et conjoints sans revenu ou avec de faibles revenus d'être assurés en tant que membres de la famille et d'être exemptés de cotisations, cette option n'est pas disponible dans les caisses privées.

Privée

- Il dépend de l'état de santé, de l'âge et du risque individuel ;
- Les assurés dans une caisse privée peuvent bénéficier d'une subvention de leur employeur ou de leur caisse de retraite ;
- L'opportunité que les enfants et conjoints sans revenu ou avec de faibles revenus d'être assurés en tant que membres de la famille et d'être exemptés de cotisations, cette option n'est pas disponible dans les autres caisses privées.

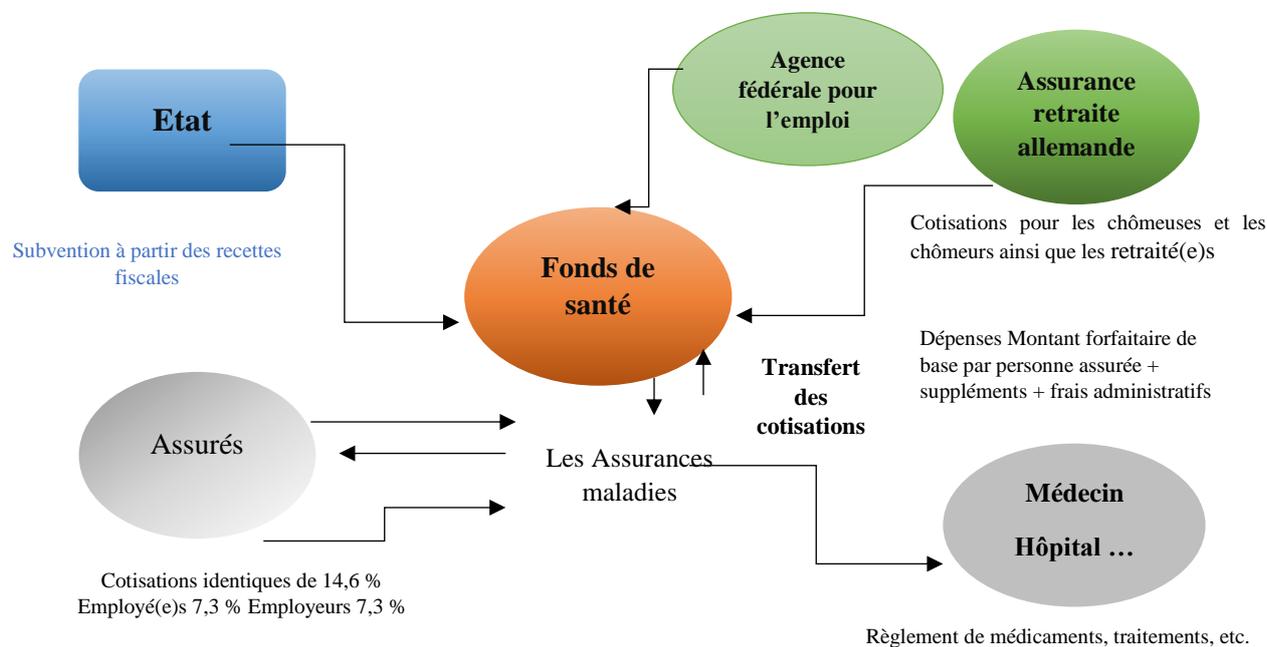
Les cotisations des bénéficiaires d'allocations chômage et d'aides sociales sont généralement prises en charge par l'organisme compétent. **(Jens Spahn,2020)** /rapport de ministre fédéral de la santé.

➤ Les principes

Principes	Concepts
Solidarité	Toutes les personnes assurées auprès d'une caisse publique partagent les coûts liés aux maladies des adhérents (les adhérents malades ou en bonne santé, les riches les pauvres). Égalité d'accès, Indemnités : En cas d'arrêt maladie, les employés reçoivent 70% du salaire brut après six semaines.
Tier payant	Facturation directe : Les cliniques, pharmacies et médecins facturent directement aux caisses d'assurance maladie. Absence d'avance : Les adhérents ne paient pas directement pour les soins.
Autogestion	Double objectif : Conciliation entre l'exigence des médecins pour des équipements modernes et la demande des patients pour des soins de qualité. Rôle de l'État : Établir les conditions générales, définit les responsabilités en matière de soins de santé, Promulgue les lois et règlements.

✚ Le fond de la santé

Figure 1 : le fonctionnement du système de santé -Allemagne –



Le fond de la santé : l'assurance maladie publique est financée par le Fonds de santé. Ce fonds reçoit une subvention fédérale ainsi que les cotisations des employeurs, d'autres organismes de sécurité sociale et des adhérents des caisses d'assurance maladie. Ensuite, il redistribue les fonds aux caisses d'assurance maladie en fonction des règles de compensation des risques, pour financer les prestations destinées à leurs assurés.

En plus du taux de cotisation uniforme pour le Fonds de santé, qui est actuellement de 14,6% du salaire brut, il est possible de prélever une cotisation supplémentaire concurrentielle, qui est directement reversée aux différentes caisses.

✚ Le système de santé Britannique : Modèle Beveridgien

- Aperçu historique

En 1911 les soins de santé étaient fournis par un mélange d'hôpitaux privés, d'établissements municipaux et de médecins généralistes employés par le programme d'assurance maladie (National Insurance) initié par David Lloyd George. Néanmoins, la couverture de santé n'était ni complète ni universelle, excluant une grande partie de la population, particulièrement les femmes, les enfants et la plupart des personnes âgées.

En 1942, le rapport Beveridge a souligné la nécessité d'un système de santé national et gratuit, ainsi que d'autres mesures sociales pour lutter contre la pauvreté. Dans ce cadre le gouvernement commençait divers projets pour créer un système de santé complet et universel, cependant les désaccords entre les acteurs du système, notamment les médecins et les représentants du gouvernement local, ont entravé la concrétisation de ces plans.

Après la guerre, le ministre Aneurin Bevan a réussi à mettre en place un système de santé universel, gratuit et financé par l'impôt, malgré l'opposition d'une partie du parti travailliste, des conservateurs et de la profession médicale.

Le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni a été créé en 1948, en tant que pierre angulaire du welfare state, ou État providence, mis en place par le gouvernement travailliste de l'après-guerre. Durant la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement de coalition nationale a chargé une commission, dirigée par l'économiste et universitaire William Beveridge, d'examiner les systèmes de protection sociale et médicale existants dans le pays. (Smith,2010)

❖ **Le système de santé Britannique : Gestion et Financement**

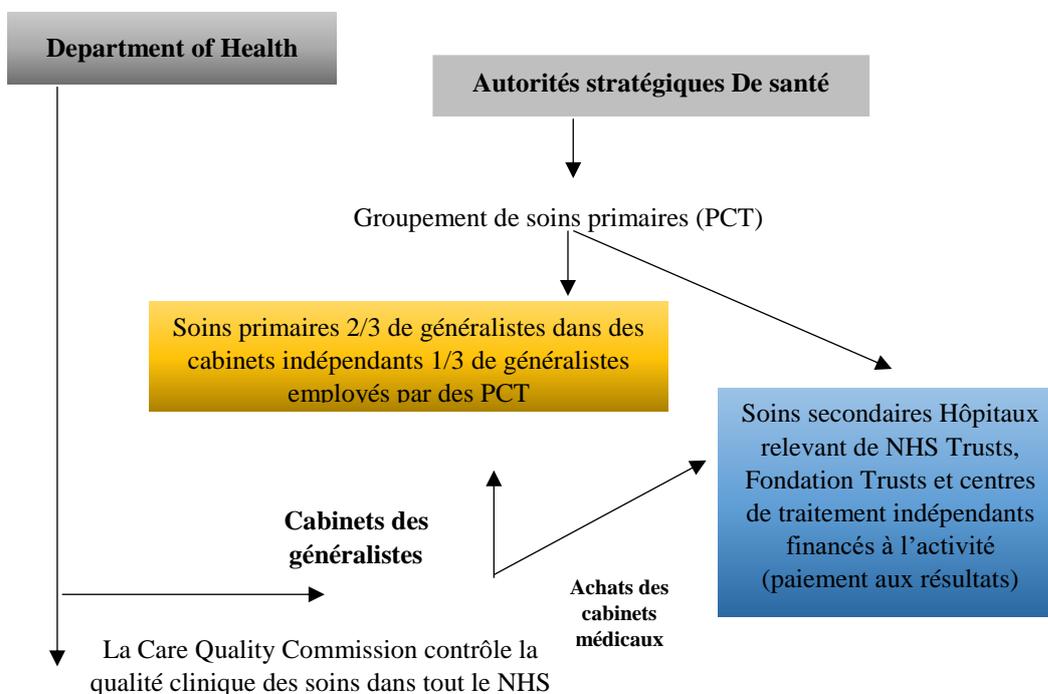
Le système de santé anglais est un système de santé qui est l'archétype du service public centralisé, il s'agit d'un système d'assurance national financé principalement par la fiscalité générale et géré par le ministère de la santé.

Dans ce sens, le ministère dispose d'une enveloppe annuelle accordé par le parlement pour pouvoir couvrir les dépenses de l'exercice budgétaire. Dans ce contexte, le système de santé se rivalise avec les autres services publics relativement à la part de l'impôt qui lui est attribuée, cependant, l'ensemble des services publics sont tenus à respecter leurs plafonds de dépenses annuels et tous dépassement sensible par un ministère met en péril et hypothèque la carrière des ministres concernés.

Les dépenses de santé ont été plus faible par rapport aux autres pays de l'OCDE, revenant aux années quatre-vingt-dix, le NHS distinguait par faible résultats sanitaires et un manque de réactivité. Dans ce sens, ces déficiences ont fini par occuper une place primordiale dans les préoccupations des autorités publiques, pour cette fin en 2000 le premier ministre Tony Blair s'est engagé pour faire progresser les dépenses de santé

porter en cinq ans au niveau de la moyenne européenne, soit 8% du PIB (Ferrinman,2000) cité par (Smith, Mason 2006).

Figure 2 : le fonctionnement du système de santé -Royaume Unie-



🇫🇷 Le système de santé Mixte : cas de la France

➤ Au niveau national

L'État, par le biais de ses ministères de la Santé, de l'Action sociale et des Finances, joue un rôle crucial dans le financement, la structuration, et la supervision des services de santé. Il est responsable de la mise en œuvre des politiques de santé publique, de la formation des professionnels de santé, du soutien financier aux établissements, et de la régulation des tarifs des prestations de santé.

➤ Au niveau régional

Les Agences Régionales de Santé (ARS) adaptent et mettent en œuvre les politiques nationales en fonction des spécificités régionales. Elles élaborent des programmes régionaux de santé pour coordonner la prévention, les soins, et l'accompagnement médico-social, en veillant à une gestion cohérente des ressources pour garantir un accès équitable aux soins.

➤ **Au niveau local**

La prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale au plus près des usagers de la santé : Sous la supervision des ARS, les structures de santé, les établissements et les professionnels se coordonnent pour garantir une prise en charge efficace. En effet, les soins primaires, gérés par les médecins généralistes, sont les premiers points de contact pour les patients et incluent l'orientation vers d'autres spécialistes si nécessaire.

Pour les soins de second recours sont assurés par des spécialistes, tandis que des soins de troisième recours sont disponibles dans des établissements de santé spécialisés ou des structures appropriées.

Le système de santé et médico-social en France se compose :

- ✓ **Structures de ville** : Composées de professionnels de santé exerçant en libéral ou en groupe, offrant des soins ambulatoires.
- ✓ **Établissements hospitaliers** : Comprennent les hôpitaux publics, les cliniques privées, et les établissements privés d'intérêt collectif.
- ✓ **Établissements médico-sociaux** : Offrent des services d'accompagnement et de prise en charge aux personnes âgées, handicapées, ou en situation de précarité.

Le système de remboursement des frais médicaux en France est organisé en deux étapes principaux : **Les régimes obligatoires, et les régimes complémentaires**. Les régimes d'assurance maladie obligatoire de base

- ✓ **Les RAMOB** sont caractérisés par l'obligation d'adhésion ainsi la cotisation, se base sur la solidarité large grâce à la contribution assises sur les revenus et l'accès aux soins défini selon les besoins.

En outre, les principaux régimes de sécurité sociale comprennent :

- ✓ **Le régime général**, qui assure la couverture sociale des travailleurs salariés, des travailleurs indépendants non agricoles, ainsi que d'autres groupes tels que les étudiants et les résidents bénéficiant de la protection maladie.
- ✓ **Le régime agricole**, qui s'adresse aux salariés et non-salariés du secteur agricole et leur offre une protection complète contre les risques.
- ✓ **Les régimes spéciaux**, destinés à certains travailleurs non agricoles et assurant une protection particulière contre certains risques, en complément du régime général.
- ✓ **Les régimes autonomes de retraite de base**, accompagnés de régimes complémentaires obligatoires.

- ✓ **Le régime de chômage**, géré par des organismes paritaires, qui concerne tous les travailleurs salariés.
- ✓ **Le régime de retraites complémentaires AGIRC-ARRCO**, obligatoire pour les salariés du secteur privé relevant du régime général ou du régime agricole, venant compléter les régimes de base.

Les régimes complémentaires (mutuelle, institution de prévoyance et société d'assurance) Fournissent une couverture supplémentaire pour les dépenses non prises en charge par les régimes de base.

Les financeurs publics (Etat) : En effet les financeurs publics concernent les dépenses de prévention, de recherche médicale, pharmaceutique, de formation des professionnels de santé...de dotations pour les hôpitaux militaires, prestations versées aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

Les ménages : Une part des dépenses peuvent demeurer à la charge des bénéficiaires de soins. En conclusion, les dépenses de santé courante au sens international représentent plus de la moitié des régimes publics et privés obligatoires, le reste étant supporté par les ménages et les assurances privées.

À ce titre, dans les pays de l'OCDE, trois approches de financement de ces régimes obligatoires dominant, à savoir : Les systèmes d'assurance maladie, les systèmes libéraux de santé, les systèmes nationaux de santé. De plus, l'État intervient également en finançant une part des dépenses de santé des populations les plus défavorisées pour assurer une couverture santé universelle, représentant 4 % des dépenses. Globalement, dans les systèmes d'assurance maladie, la part des dépenses financées par l'assurance privée volontaire est marginale, couvrant moins de 10 % des dépenses de santé.

Le système de santé libéral : Américain

Le système de santé américain c'est un système pluraliste et délocalisé, un système libéral fondé sur le marché s'arrange autour les assurances privées liées à l'emploi et une assurance maladie obligatoire liées à la vieillesse et aux faibles revenus. Pourtant, ce système n'est pas universel qui n'a pas pu couvrir l'intégrité de la population, étant donné qu'une partie se trouve en situation sans assurance santé. Dans ce cadre, le système de santé américain s'organise en majeure autour des assurances privées, proposé par les employeurs, alors c'est une assurance facultative. Dans un tel contexte les prestations offertes se diffèrent d'une

entreprise à l'autre, d'une manière à ce que les grandes entreprises procurent régulièrement une meilleure couverture. En outre, le système de santé américain prévoit deux couvertures de base au profit des personnes âgées et les plus démunis qui sont financés par les impôts et les cotisations coexistent. Il s'agit notamment de :

Medicare pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou les personnes handicapées : Medicare offre une assurance hospitalisation obligatoire, financée par les cotisations des salariés et des employeurs, ainsi qu'une assurance médicale complémentaire facultative et payante, financée à la fois par l'État et les cotisations des bénéficiaires.

Medicaid pour les familles à faibles revenus : Medicaid est financée conjointement par les États et le gouvernement fédéral, et couvre certaines catégories de populations défavorisées, avec des critères d'éligibilité définis par des mandats fédéraux. (Galvis-Narino, Montélimard ,2009) Dans ce contexte nous pouvons déduire qu'en absence de principe d'obligation d'affiliation à une assurance maladie confirme la volonté de garder le principe de la liberté de choix des populations, ce qui témoigne la tradition libérale de l'USA ancré dans l'histoire de ce pays. Par ailleurs, l'Etat fédéral a instauré une assurance santé limitée aux personnes âgées ou précaires.

3. Évaluation et comparaison de performance des modèles de système de santé

L'évaluation de la performance de système de santé permet l'utilisation des indicateurs qui fournissent des données de base consistante pour les discussions politiques législatives sur les programmes et les investissements en matière de soins de santé. Permettant aussi d'orienter vers les domaines dans lesquels des améliorations peuvent être apportées aux lois et aux mandats.

A ce titre, la mesure de la performance jointre à des éléments précis qui sont en conformité avec les indicateurs de l'OMS et de la Banque mondiale, particulièrement se résumant dans les éléments suivants : L'amélioration de la santé de la population, les résultats obtenus après traitements, l'efficacité (La qualité clinique et le caractère approprié des soins), l'efficience (l'équité et la productivité) et Principe de stewardship. Dans ce contexte, notre comparaison de système de santé sera basée sur des indicateurs de performances selon les recommandations de l'OMS, en dépit du fait que les données

ne sont pas totalement disponibles pour l'ensemble des indicateurs de performance en vue d'accomplir les dimensions d'évaluation pour les pays qui sont sujet de notre comparaison. A ce titre notre comparaison sera basée sur les dimensions suivantes :

Santé maternelle (Accouchements assistés par le personnel de santé) : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (ODD 3.1.2), objectif c'est Réduire les décès évitables chez les femmes enceintes,

Santé infantile (Taux de mortalité infantile) : Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. L'objectif c'est : Réduire les décès évitables chez les enfants,

Qualité de soins (Couverture vaccinale contre Les maladies pour objectif d'Evaluer l'efficacité » de programmes de vaccination,

Prévention des maladies infectieuses (Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)) l'objectif c'est : Evaluer les programmes de prévention,

Santé et maladies non transmissibles : L'objectif c'est : Evaluer les programmes,

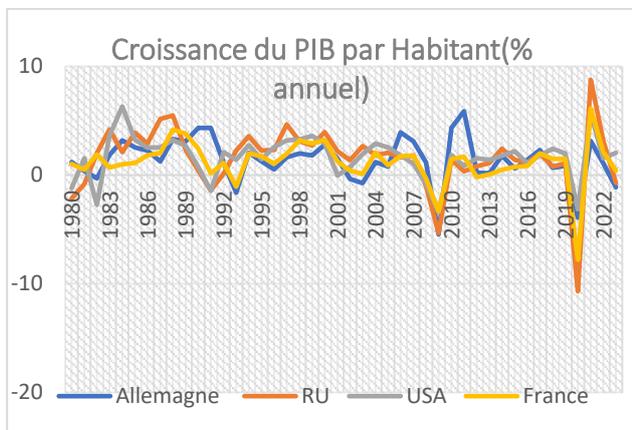
Système de santé, Densité de médecins (pour 10 000 habitants), Densité d'infirmières et de sage-femmes, pour 10 000 habitants, Dépenses de santé par habitant : Montant des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux ajustés à la parité du pouvoir d'achat,

Santé mentale : Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants), Nombre de suicides pour 100 000 habitants,

Équité en santé : Indice de couverture universelle de santé : L'objectif c'est la Mesure composite de la couverture de services de santé essentiels et de la protection contre les risques financiers pour toutes les tranches de la population pour évaluer l'équité à l'accès aux soins.

✚ Economie

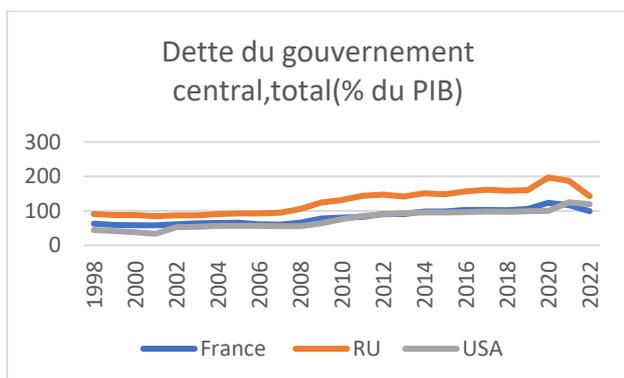
Figure 3 : Croissance du PIB par habitant (% annuel)



Source : Banque mondiale

Ce graphe présente la croissance du PIB par habitant Durant la période allant du 1980 au 2022 pour les pays Allemagne, la France, Royaume Unie et les Etas Unies. Dans ce cadre, on remarque des fluctuations importantes marquantes certains périodes notamment la crise financière mondiale en 2008, provoquant un choc particulièrement considérable pour les quatre pays. Également, la pandémie en 2020 engendre des fluctuations qui évoquent des réponses économiques divergentes aux crises et aux politiques économiques mises en place dans ces pays. Dans ce contexte RU le plus extrêmes chuts le plus marqué.

Figure 4 : Dette du gouvernement central, total (% du PIB)

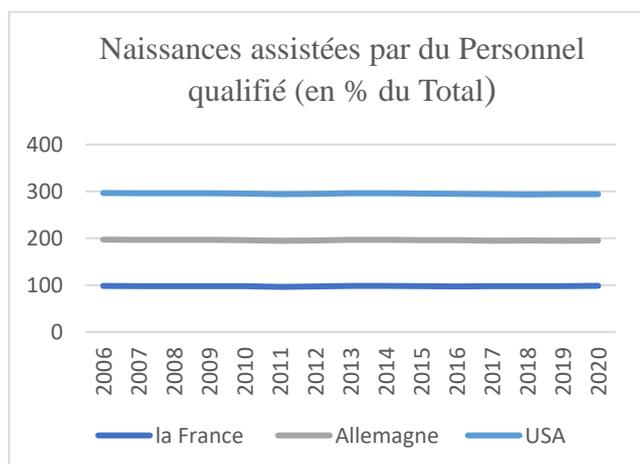


Source : Banque mondiale

Ce graphe présente l'évolution de la dette du gouvernement central en % du PIB pour les pays qui figurent dans le graphe. Dans ce cadre, on observe une tendance générale en accroissement spécifiquement en deux période la première correspond la crise économique en 2008 et la deuxième correspond la pandémie en 2020. La fluctuation la plus extrême correspond : RU suivi par la France et finalement l'Allemagne. En outre, une légère baisse marquée après 2021.

❖ Santé maternelle

Figure 5 : Naissance assistées par personnel qualifié

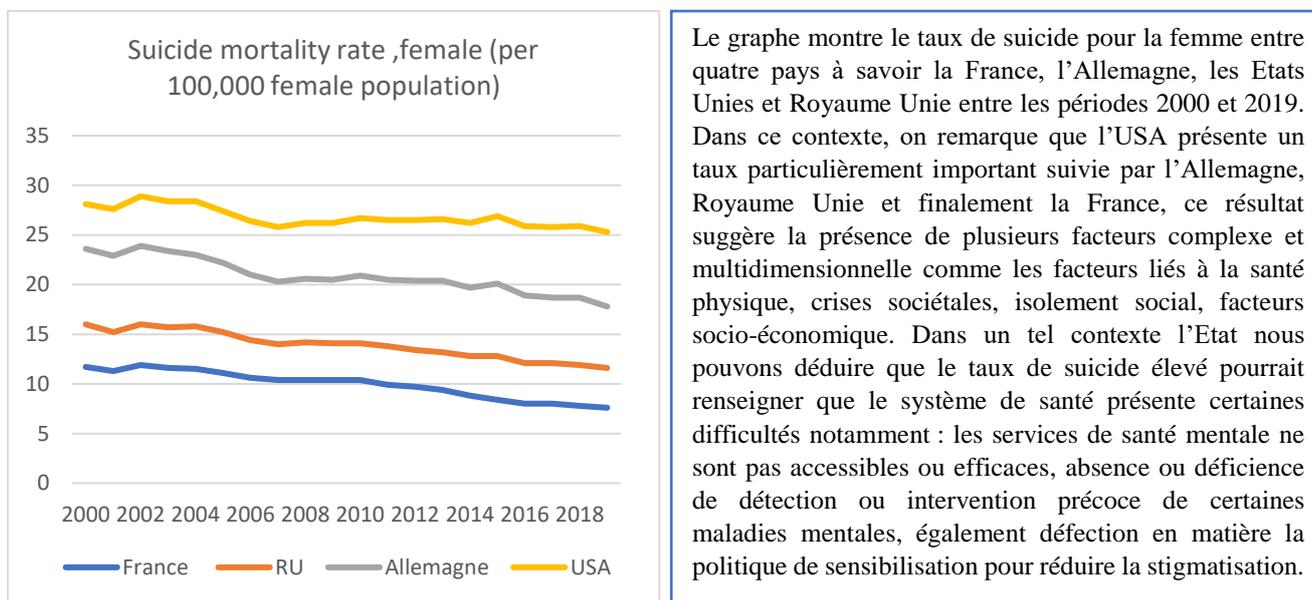


Source : Banque mondial élaboré par l'auteur

Le graphe montre une stabilité dans le pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié pour les pays suivants : la France, l'Allemagne et les Etats Unies. Dans ce cadre on remarque un taux élevé pour les trois pays, cela suggère une couverture quasi universelle de l'assistance qualifiée lors des accouchements, reflétant d'une part l'accessibilité d'accès aux services de santé maternelle dans les pays développés. La variation expose le degré de réactivité d'Etat en matière de promouvoir un système de santé efficient.

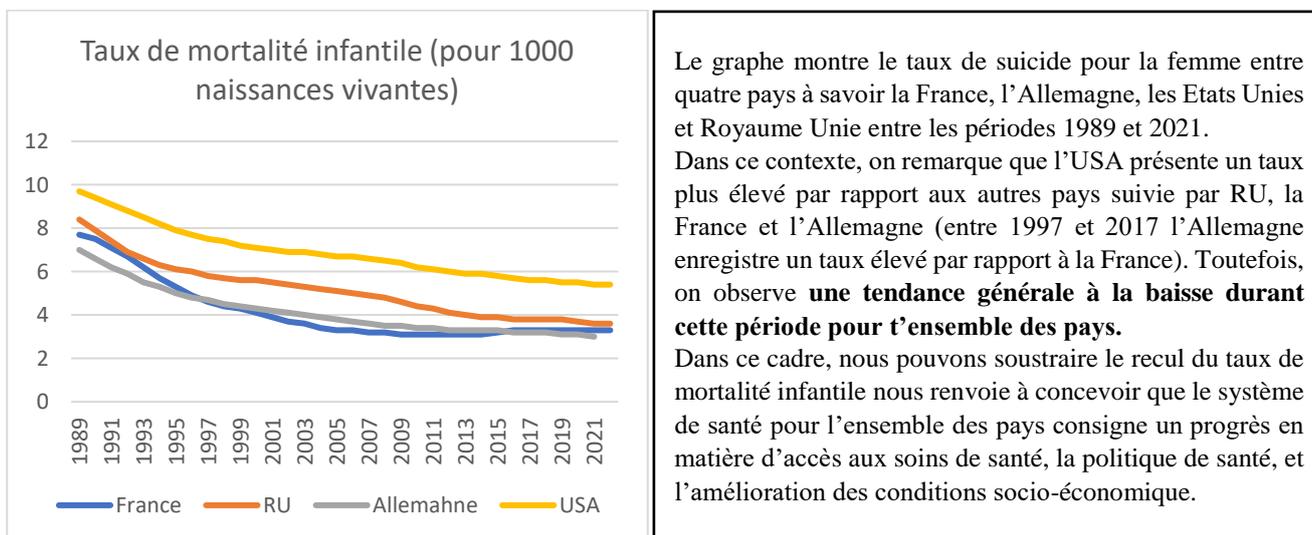
❖ Santé mentale

Figure 6 : Taux de suicide



Santé infantile

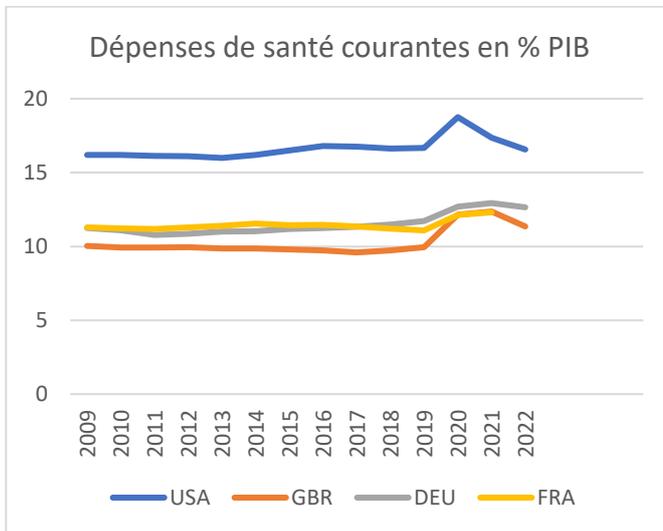
Figure 7 : taux de mortalité infantile
(Pour 1000 naissances vivantes)



Source : Banque mondial élaboré par l'auteur

Système de santé

Figure 8 : les dépenses de santé courantes



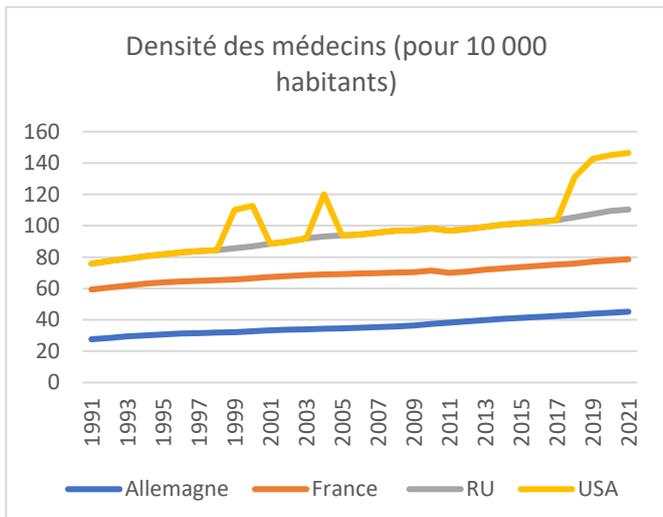
Source : Banque mondiale élaboré par l'auteur

Ce graphe présente l'évolution des dépenses de santé entre quatre pays à savoir la France, l'Allemagne, les Etats Unies et Royaume Unie entre les périodes 2009 au 2022. Dans ce cadre, on remarque qu'USA affichent les dépenses de santé courante la plus élevés dépassant 16 % suivie par Allemagne la France et finalement Royaume Unie qui présentent des dépenses modérées, en outre les dépenses exposent un pic pour l'ensembles des pays durant la période de Covide 19.

Dans un tel contexte, on pourrait soustraire que les coûts de santé plus élevé et un système de santé plus privatisé pour USA, cependant cela ne garantit pas un accès universel ni des résultats de santé supérieurs comparés à des pays qui dépensent moins mais qui ont des systèmes de santé plus intégrés et publics.

En % PIB

Figure 9 : Médecins (pour 10 000 habitants)

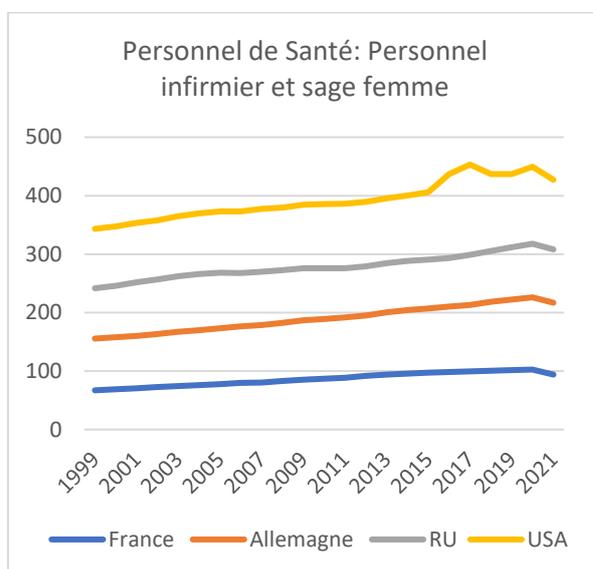


Source : Banque mondiale élaboré par l'auteur

Ce graphe présente la densité des médecins pour 10000 habitants pour les quatre pays durant la période allant du 1991 au 2021. Dans ce cadre, les quatre pays ont enregistré une tendance générale en hausse stable pour la France, RU et l'Allemagne, toutefois la courbe d'USA présente une fluctuation particulièrement considérable dans des périodes différentes rendant l'interprétation est assez complexe englobant plusieurs disciplines socio-économiques.

En revanche ce résultat est susceptible d'être engendré grâce à des réformes dans le système de santé qui affectent la répartition ou l'accès aux médecins.

Figure 10: Personnel de santé : Personnel infirmier et sage-femme

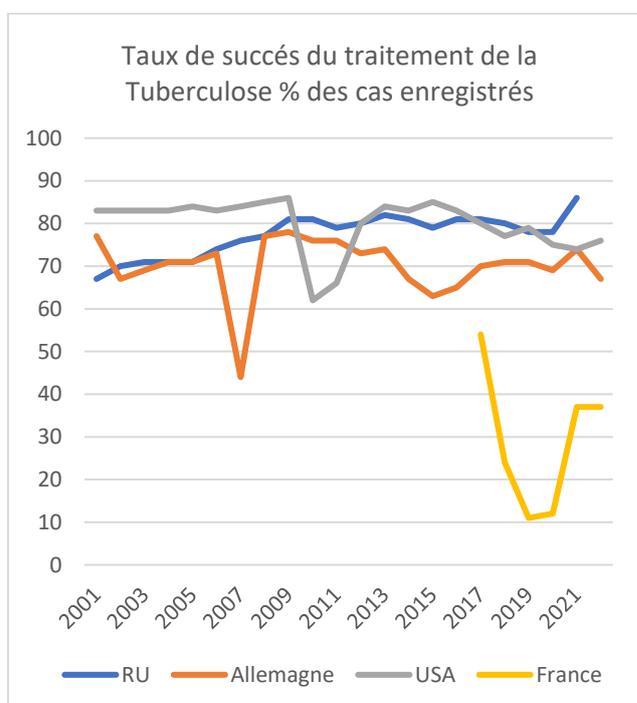


Ce graphe présente personnel de santé infirmier et sage-femme sur la période entre 1999 et 2021 pour l'USA, la France, l'Allemagne et RU. Dans ce cadre on remarque une tendance générale en hausse pour les quatre pays ce qui nous réveille l'effort et la volonté de chaque pays afin d'améliorer leur système de santé. Toutefois on remarque que USA réserve le premier niveau avec une fluctuation qui tend à progresser plus à partir du 2015 et une légère baisse à partir du 2019 -période de Pandémie- pour l'ensemble des pays.

Source : banque mondiale élaboré par l'auteur

Prévention des Maladie

Figure 11: Taux de succès du traitement de la Tuberculose
% des cas enregistrés



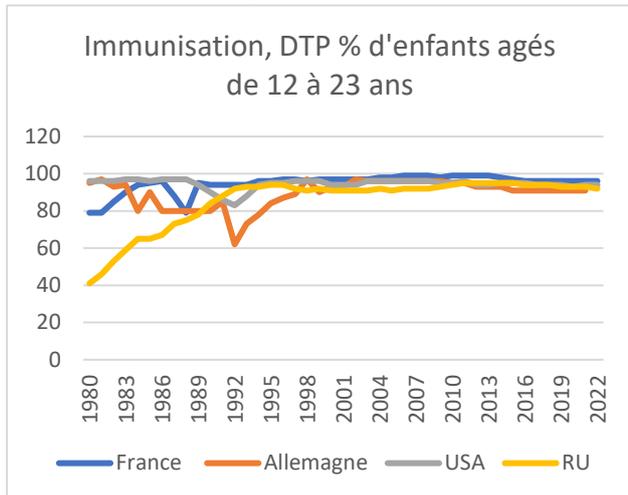
Ce graphe présente le taux de succès du traitement de la tuberculose % des cas enregistrés, dans ce cadre des fluctuations entre le recul et l'augmentation pour les quatre pays, or USA affiche un taux le plus élevé avec stagnation entre 2001 ET 2009 avec un recul particulièrement important entre 2009 et 2012, par ailleurs le taux s'élève pour maintenir une fluctuation modérée. Pour RU, enregistre une tendance généralement progresse durant la période. Quant à L'Allemagne la courbe présente une fluctuation inaccoutumée entre des pic et un recul considérable comme entre 2005 et 2009 et 2013 et 2017. Finalement pour la France étant donné que les données ne sont pas disponibles durant la période appuyée cela nous oblige à interpeler uniquement la période disponible, dans un tel contexte, il y a un recul important entre 2017 et 2020 avec une amélioration considérable en suite. **En conséquence l'augmentation du taux de succès du traitement nous renseigne le succès des programmes de santé.**

Source : Banque mondial élaboré par l'auteur

Qualité de soins

Figure 12 : Immunisation, DTP % d'enfants

Âgés de 12 à 23 ans



Le graphe présente le pourcentage de vaccination contre DTP pour les enfants ayant un âge entre 12 et 23 ans. Dans ce cadre RU connaît une progression particulièrement considérable à partir de 1980 jusqu'au 2000, or pour les autres pays on observe une fluctuation en compagnie de tendance générale à la hausse, bien que l'Allemagne semble avoir connu une baisse entre 1992 et 1998. Toutefois, la France et USA affichent le taux le plus élevé. Dans ce cadre à compter du 2000 les quatre pays enregistrent une augmentation et stagnation du taux ce qui révéle les efforts déployés et continue pour améliorer le programme de vaccination.

Source : Banque mondial élaboré par l'auteur

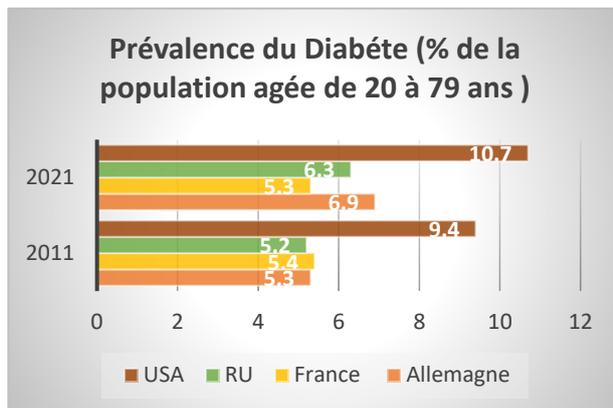
Santé et maladies non transmissibles

Equité en santé

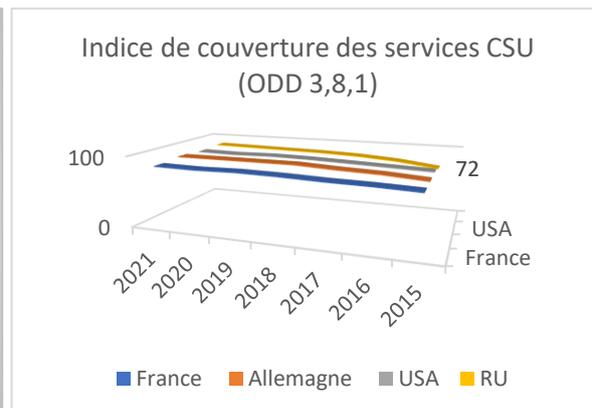
Figure14 : prévalence du Diabète

Figure 13 : indice de couverture des services

(% de la population âgée de 20 à 79 ans)



Source : Banque mondial élaboré par l'auteur



Source : Banque mondial élaboré par l'auteur

Ce graphe (14) illustre prévalence du diabète en % de la population âgée de 20 à 79 ans sur la période de 2011 et 2021, dans ce cadre on observe que USA réserve la première place durant les deux périodes suivies par l'Allemagne, en ce qui concerne la France et RU, on remarque en 2011 la France excède RU et en 2021 on se trouve dans une situation inverse. Ce résultat nous amène à réfléchir d'une manière approfondie sur les

Ce graphe (13) présente l'indice de couverture sanitaire qui représente ODD 3,8,1, toutefois on observe une couverture élevée pour les trois pays, toutefois pour USA qui a enregistré un score légèrement inférieur en 2021 par rapport aux autres pays, ce qui nous emmène à réfléchir sur l'inégalité d'accès aux différents services de soins.

L'évaluation de la performance : Principe de classement de performance de système de santé

Il paraît si complexe d'appréhender la performance des domaines de l'action publique notamment l'éducation, le transport, étant donné qu'il n'y a pas de consensus ou d'évidence quant aux résultats attendus, généralement l'action publique n'a pas vraiment d'objet externe, en revanche son résultat est motivé par l'objet politique de l'action elle-même. Dans ce sens, prenant l'exemple de transport public si tout le monde a recouru à l'automobile dans ce cadre, on n'aura pas besoin de secteur transport public.

En revanche, le système de santé demeure un système distinct étant donné qu'il produit des résultats comparables, tant que tout le monde préfère avoir une bonne santé. Pareillement, il semble avoir une conception naturelle, externe à toute définition politique.

(Chertouh, 2024) souligne que « *L'évaluation de la performance globale d'un système de santé se révèle être une entreprise complexe et délicate. Les attentes des parties prenantes, marquées par une profonde diversité et contingence, ajoutent une couche de complexité à cette évaluation* ».

Dans ce cadre, la présentation de certains indicateurs de performance de santé lié aux systèmes pionniers particulièrement la France, l'Allemagne, Royaume-Uni et USA demeure une priorité et ce, pour expliquer au premier lieu le concept de comparaison de performance, le principe d'un classement et déterminer certains les classements relevant des rapports officiels.

En effet, le concept de comparaison de performance ne s'agit pas de déterminer en aucun cas le meilleur système de santé du monde, pourtant déterminer le système qui le meilleur

parti des ressources qui lui sont allouées. Rappelant que la définition de la performance résultat exprime le résultat opérationnel rapprochée d'un référentiel qui est l'objectif. Dans ce sens, la performance représente le niveau de réalisation des objectifs. Également, (Chertouh, 2024) a souligné *que la performance globale d'une organisation peut être définie comme sa capacité à atteindre de manière optimale ses objectifs. Les aspects clés de cette performance sont regroupés dans le bien connu "triangle de la performance", illustrant les liens entre les objectifs, les moyens et les résultats.*

En outre, il est possible de mettre en exergue sur l'aspect performatif de la notion, c'est-à-dire sa vocation à traduire l'idée de l'obtention d'effets, de création d'une transformation et d'en soupçonner le contenu idéologique. Il existe plusieurs types de performance à savoir la performance économique, sociale, opérationnelle et financière. (Pesqueux et al. 2004)

A ce titre, les institutions et les organisations internationales visent à identifier le système de santé qui gère au mieux leurs ressources ce qui permet de renseigner des leçons pour pouvoir instaurer un système de santé performant.

Dans un tel contexte, l'évaluation vise à promouvoir un modèle de bon pratique en vue de tirer des meilleurs résultats. Dans ce sens, il existe plusieurs méthodes visant l'évaluation la performance comme la méthode sommative portant sur des jugements des résultats ex post et la méthode formative quand elle accompagne le processus d'évaluation et guide discrètement les évalués.

Également la méthode « Balanced Scorecard (BSC) », développée par Kaplan et Norton, l'approche du performance-based contracting (PBC) évalue la performance à travers des contrats définissant des objectifs spécifiques et des résultats mesurables. Dans ce sens, on pourrait noter que l'objectif de ces méthodes est parfaitement en ligne avec le rôle de l'OMS et les autres institutions et organismes internationaux, visant à assurer aux systèmes de santé nationaux les ressources nécessaires pour optimiser leur production et satisfaire les besoins de la population.

A ce titre, le principe de classement de performance de système de santé repose sur l'approche suivante :

- * **Choisir une mesure de résultat** du système de santé ;
- * **Mesure des ressources** dont dispose chaque système, en conséquence rapporter le premier aux deuxièmes plus précocement, c'est à dire rapporter l'écart entre le résultat constaté et le résultat minimum aux ressources confiés au système de santé.

En effet, pour approfondir notre analyse sur la comparaison des systèmes de santé nous commençons notre analyse par s'interroger sur la méthode par lequel OMS établit un classement des systèmes de santé. De ce fait, nous présentons les mesures de résultats menées par OMS pour établir un classement dans son rapport 2000 sur la santé du monde. Dans ce cadre, selon OMS « *Pour évaluer un système de santé, il faut mesurer cinq indicateurs : le niveau de santé général, la distribution de la santé dans la population, degré général de réactivité, la distribution de cette réactivité et la répartition de la contribution financière.* »

Les ressources directes de système de santé sont nombreuses et diverses à savoir le temps, l'immobilisation, l'équipement et la compétence de professionnels. Toutefois, ces ressources sont rémunérées et ont une valeur monétaire, alors en ajoutant une journée de travail d'un professionnel de santé et un lit d'hôpital (ces deux ressources peuvent s'exprimer dans une unité monétaire commune) ; en sommant toutes les valeurs des ressources utilisées par le système de santé, en résultant le concept de consommation médicale totale (CMT) de la comptabilité nationale. Cette comptabilisation basée sur CMT revient à adopter des prix nationaux relatifs pour les unités de ressources, ce qui présente le point de vue de l'OMS pour son rapport 2000.

Les ressources indirectes posent un problème complexe qui rend la mission de la mesure de performance assez compliquée c'est l'utilisation des ressources indirecte par le système de santé notamment aide informelle, comportements de santé comme la tempérance. Ce sont des ressources indirectes qui engendrent un coût pour la société, si on prend l'exemple de plaisir à consommer de l'alcool ou du tabac, se priver de ces consommations grâce à l'effort des médecins égal une population moins alcoolique sera en meilleure santé, dans ce cadre peut être assimilé à un coût nommé le coût de renonciation au plaisir. Dans un tel contexte, il n'existe aucun système de prix permettant

d'assurer une valeur monétaire à de telles ressources, autrement dire savoir combien on a utilisé de ces ressources pour produire de la santé, alors on en est réduit en comptabilité nationale à la comptabilité en volume.

Dans ce contexte, (Grignon,2004) souligne que « *les systèmes de santé sont donc supposés utiliser deux types de ressources, la CMT d'une part, le nombre d'années d'étude d'un individu moyen de la population résidant dans le pays d'autre part, ce dernier chiffre reflétant le « capital humain » disponible.*

A ce titre, une performance correspond aux ressources sont de natures différentes et non directement comparables ou sommables, ajoutant sous le même chiffre des entités non nombrables soulève un problème dit d'agrégation qui peut paraître prohibitif. Dans ce sens, pour mesurer la performance il existe des méthodes mathématiques notamment la méthode de DEA.

La méthode DEA est un outil d'analyse et d'aide à la décision permettant d'évaluer la performance des organisations en transformant des ressources (inputs) en prestations (outputs). Cette méthode est adaptée pour l'utilisation du secteur privé et public, également peut être appliquée à des entités comme des villes, des régions et des pays. Toutefois cette technique se base sur le score d'efficacité de chaque organisation est calculé par rapport à une frontière d'efficacité.

Dance ce sens, l'échelle de mesure de l'efficacité s'enregistre entre 1 (100%) et inférieur à 1 , c'est-à-dire le score d'efficacité égale à 1 : L'unité est techniquement efficace et se situe sur la frontière de production, ce qui signifie qu'elle utilise de manière optimale ses ressources pour produire les outputs et le score d'efficacité inférieur à 1 : L'unité est techniquement inefficace, indiquant qu'elle pourrait améliorer sa performance en utilisant mieux ses ressources ou en augmentant sa production.

✚ Présentation de classement des systèmes de santé dans le classement internationaux

Le secteur de la santé vient à occuper une place importante dans les politiques publiques, cette tendance s'est renforcée avec la pandémie de Covide-19. Dans ce contexte, il existe de nombreux classements internationaux visant à établir quels pays possèdent les

meilleurs systèmes de santé en se basant sur des différents indices. A ce titre, nous exposant certains classements comme le classement de Think-tank the Legatum Institute a créé le Legatum Prosperity Indexe, un outil qui analyse les performances de 167 Etats dans douze domaines différents y compris la santé. L'indice permet d'établir un classement en matière de la santé, d'assurance maladie. Dans ce contexte, nous présentant le classement communiqué par The Legatum Institute comme suite :

➤ **Classement de Think-tank the Legatum Institute**

	Pays	Classement
	France	20
	Royaume-Uni	34
	Allemagne	13
	USA	69

Le tableau présent un classement de quatre pays en termes de l'analyse des performances de 167 Etats dans douze domaines différents y compris la santé. A ce titre, nous retrouvant l'Allemagne est classée en 13^e, suivie de la France (20^e), Royaume-Uni en 34^e, et enfin des Etats –Unis 69^e.ce classement suggère que l'Allemagne et la France à une meilleur performance par rapport aux Royaume-Uni et Etats –Unis.

❖ **Indice d'accès et de qualité des soins de santé**

L'indice d'accès et de qualité des soins de santé ont pour objectif de surveiller les niveaux nationaux d'accès et de qualité des soins de santé afin de comprendre dans quels domaines les pays peuvent améliorer la prestation des services de santé. Dans ce contexte, les résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité -GBD- sont utilisés pour estimer une mesure récapitulative de l'accès et de la qualité des soins de santé.

➤ **Classement basé sur l'Indice d'accès et de qualité des soins de santé**

	Pays	Indice
	France	91.7
	Royaume-Uni	90.5
	Allemagne	92
	USA	88.7

Le tableau présent un classement de quatre pays basés sur l'indice d'accès et de qualité des soins de santé a pour but de surveiller les niveaux nationaux d'accès et de qualité des soins de santé. A ce titre, nous retrouvant des Etats –Unis suivie par Royaume-Uni et la France, et enfin l'Allemagne. Ce classement suggère que USA et Royaume-Uni à une meilleur performance par rapport à la France et l'Allemagne.

En somme les systèmes de santé aujourd'hui sont soumis à une forte impression pour s'adapter aux besoins de la population qui connaient une augmentation progressive induites par le vieillissement de la population, l'abondance de la médecine traditionnelle, augmentation de la demande de santé.

Dans ce cadre, les décideurs politiques sont face à mieux préparés à résister à des chocs soudains comme la pandémie de Covid-19, les crises financières Dans un tel contexte, les évaluations et les révisions de la politique de santé est fortement recommandé pour assurer un système de santé et des soins de qualité pour tous. Par ailleurs, la comparaison des systèmes de santé (une comparaison internationale) demeure un outil important qui permet aux décideurs politiques de différents pays d'apprendre les uns des autres et d'améliorer la performance des systèmes de santé.

Dans ce sens, la comparaison internationale permet de renseigner le pays qui dispose des meilleurs résultats que nous pouvons apprendre d'eux en se basant sur des indices reconnus par OMS, comme l'état de santé, Facteurs de risque pour la santé, Accès aux

soins, Qualité des soins, et les Capacités et ressources des systèmes de santé. Les principales conclusions de notre analyse :

- ✓ Des pressions financières s'exercent sur le système de santé et ce, en raison d'un climat économique difficile marqué par les crises économique et sanitaire, alors des priorités concurrentes exercent une pression sur les fonds publics destinés pour le secteur de la santé. En générale les dépenses de santé pour les quatre pays connaient une amélioration avec une volatilité entre le recul et l'augmentation.
- ✓ Les principaux indicateurs de la santé exposent que les pays ne se sont pas totalement arrivés à réaliser le plein potentiel, pourtant les systèmes de santé enregistre une amélioration générale ce qui suggère les efforts et programmes d'accompagnement pour améliorer les performances productives de chaque système.
- ✓ Malgré une couverture sanitaire universelle dans la plupart des pays il existe encore des obstacles à l'accès aux soins, il est important d'améliorer à la fois la densité des médecins et les infirmiers, la prévention.

Conclusion

La comparaison des systèmes de santé demeure un outil particulièrement important qui s'est développé depuis une dizaine d'années dans des nombreux pays du monde, qui sont confrontés à des difficultés similaires d'accès aux services de soins, de financement, d'infrastructure, ressources humaines etc. Dans ce sens, l'interrogation croissante se focalise sur l'efficacité du système de santé à l'échelle de chaque individu et à la collectivité.

Dans ce contexte, la comparaison internationale vise à faciliter la prise des décisions pour les autorités politiques et ce, par étudier les liens existants entre des divers caractéristiques des systèmes de santé afin d'améliorer les résultats sanitaires et la mise en œuvre d'un système de santé efficace qui répond aux attentes de la population.

Bibliographie

- Ambapour, S. (2004). Efficacité technique comparée des systèmes de santé en Afrique subsaharienne : une application de la méthode de DEA. Bureau d'application des méthodes statistiques et informatiques. DT, 10, 2004-2033.
- Chertouh, M. (2024). Expérimentation dans l'évaluation de la performance de la médecine du travail. 2024. fahal-04527344f.
- Ebrahimi, Z., Wilhelmson, K., Moore, C.D., & Jakobsson, A. (2012). Expériences et perceptions des personnes âgées fragiles en matière de santé. *Qual Health Res.* 2012; 22(11) :1513
- Fänge, A., Ivanoff, S.D. (2009). Le domicile est le centre de la santé chez les personnes très âgées : conclusions du projet ENABLE-AGE. *Arch Gerontol Geriatr.* 48(3):340-5.
- Florence, A. (2021). Assurance santé : le système bismarckien dans l'impasse ? 401-412.
- Forlodou et Bioethics in Japan (2023). Interview with Matthieu Forlodou - Anne-Marie Moulin et Matthieu Forlodou -Volume 39, Number 10.
- Galvis-Narinos. F., & Montélimard, A. (2009). Le système de santé des États-Unis Dans *Pratiques et Organisation des Soins*, 4 (Vol. 40), pages 309 à 315.
- Geadah Roland -Ramzi (2012). Regards sur l'évolution des soins ; Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients ; Dans *Recherche en soins infirmiers* 2012/2 (N° 109), pages 16 à 32 <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-2-page-16.htm#no11>
- Habert, R. (2022). Claude Bernard, the Founder of Modern Medicine. *Cells*, 11(10), 1702. <https://doi.org/10.3390/cells11101702>
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A.R., & Kromhout, D., (2011). Comment devrions-nous définir la santé ? *BMJ.* 343(26 juil. 2): d4163.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., *et al* (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study *BMJ Open* 2016;6:e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>.
- Hunter, J., Marshall, J., Corcoran, K., Leeder, S., & Phelps, K. (2013). Une conception positive de la santé – entretiens avec des patients et des praticiens dans une clinique de médecine intégrative. *Complement Ther Clin Pract.* 19(4):197–203.
- Jacques, J. (2016) : Tome IV, 1re partie : Épidémies I et III 2016 /Texte établi et traduit par : Avec la contribution de : Alessia Guardasole, Avec la contribution de : Anargyros Anastassiou, Notes de : Jacques Jouanna
- Jormfeldt, H. (2009). Attitudes envers la santé des patients et du personnel des services de santé mentale : une comparaison des évaluations de l'importance de différents éléments de la santé. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 45(2): 225–31.
- Leonardi, F. (2018). La définition de la santé : vers de nouvelles perspectives PMID : 29902944. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>

- Lipworth, W.L., Hooker, C., Carter, S.M, (2011). Équilibre, équilibrage et santé. *Qual Health Res.* 21(5):714–25.
- Makoul, G., Clayman, M.L., Lynch, E.B., & Thompson, J.A. (2009). Quatre concepts de santé en Amérique : résultats d'enquêtes nationales. *J Health Commun.* 2009; 14(1):3–14.
- Mason, A. et Smith, P. (2006). Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs. *Revue française des affaires sociales*, (2), 265-284. <https://doi.org/10.3917/rfas.062.0265>.
- Merry, L. (2012). La santé mondiale pour les soins infirmiers... et les soins infirmiers pour la santé mondiale. *Can J Nurs Res.* 44(4):20–35.
- Olmer, F. (2009). La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques. *Sociétés & Représentations*, n° 28(2), 153-172. <https://doi.org/10.3917/sr.028.0153>.
- Raimondeau, J. (2021). Chapitre 1. La santé publique, concepts et définitions de base Dans L'épreuve de santé publique, pages 19 à 37.
- Sebti, M. (2000). Introduction. Avicenne et l'âme humaine. (p. 5 -7). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/avicenne-et-l-ame-humaine--9782130506546-page-5?lang=fr>.
- Shearer, N.B.C., Fleury, J.D., & Reed, P.G. (2009). Le rythme de santé chez les femmes âgées atteintes de maladies chroniques. *Res Theory Nurs Pract.* 23(2):148–60.
- Song, M., Kong, E.H. (2015). Définitions de la santé chez les personnes âgées : une métasynthèse. *Int J Nurs Stud.* 52(6):1097–106.
- Warsop A. (2009) : Symptômes médicalement inexpliqués et signification de la santé, un indice phénoménologique. *Psychiatrie.* 8(5) :149