

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia
Faculté de Médecine
Département des Sciences Médicales

Module

« Santé, Société et Humanité (SSH) »

COURS

« ÉCONOMIE DE LA SANTÉ »

1^{ère} année Médecine (2024-25)

Dr CHALANE Smail

COURS 2 : Les Systèmes de Santé dans le Monde et en Algérie

1. OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

À la fin de ce cours, l'étudiant sera capable de :

- Comprendre les différentes **approches d'organisation et de financement** des systèmes de santé dans le monde
- Identifier les **forces** et les **faiblesses** de chaque modèle
- Situer le **système de santé algérien** dans ses évolutions contemporaines

2. PROGRAMME/CONTENU

Le cours est structuré autour de quatre thèmes abordés successivement :

1. Qu'est-ce qu'un système de santé ?
2. Caractéristiques-Clés des systèmes de santé
3. Intérêt d'étudier les grands modèles de systèmes de santé
4. Les trois grands modèles de systèmes de santé
 - 4.1. Le modèle libéral (décentralisé)
 - 4.2. Le modèle planifié (Beveridgien)
 - 4.3. Le modèle socialisé (Bismarckien) et son application en Algérie

1. QU'EST-CE QU'UN SYSTÈME DE SANTÉ ?

Un système de santé est un **ensemble complexe et dynamique** qui joue un rôle crucial dans la gestion de la santé d'une population. Voici ses principales composantes :

a) Organisations, Institutions et Ressources :

- Inclut les **hôpitaux, cliniques, et professionnels de santé**.
- Comprend aussi les **assurances, les patients, et divers ministères** (santé, travail, enseignement supérieur, etc.), car les problèmes de santé sont souvent *multidimensionnels* et nécessitent une *coordination intersectorielle*. Par exemple, le ministère des transports peut être impliqué dans la gestion des accidents de la route.

b) Activités de santé :

- Vise à **améliorer, maintenir ou rétablir** la santé des individus et des communautés.
- Cela peut inclure la prévention des maladies, le traitement des maladies et troubles de santé, ou encore la promotion de modes de vie sains.

c) Interactions entre les composantes :

- Les systèmes de santé ne fonctionnent pas en vase clos. Ils sont caractérisés par de nombreuses interactions entre leurs différentes parties.
- Par exemple, la **répartition géographique des professionnels de santé** influence l'accès aux soins et peut affecter les inégalités en matière de santé. Une mauvaise répartition peut entraîner un accès limité aux services dans certaines régions, exacerbant ainsi les disparités régionales.

EN RÉSUMÉ, un système de santé est une **structure intégrée** qui nécessite une collaboration étroite entre diverses entités pour fonctionner efficacement et répondre aux besoins sanitaires d'une population.

2. CARACTÉRISTIQUES-CLÉS DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les systèmes de santé sont des **structures complexes** qui jouent un rôle crucial dans le bien-être des populations. Voici les principales caractéristiques qui les définissent :

a) Multidimensionnel

- Les systèmes de santé ne se limitent pas aux soins médicaux. Ils intègrent également des dimensions **économiques, sociales et politiques**.

- Par exemple, le financement des soins de santé représente un enjeu économique majeur et un choix politique important. Cela implique des décisions sur la répartition des ressources et l'accès aux services de santé, reflétant ainsi les priorités d'une société.

b) Adaptatif

- Ces systèmes sont conçus pour être **flexibles** et évoluer en fonction du **contexte** et des **besoins** changeants de la population.
- Un exemple frappant est l'adaptation rapide des systèmes de santé à travers le monde face à la pandémie de COVID-19, où ils ont dû ajuster leurs ressources et stratégies pour répondre efficacement à la crise sanitaire.
- Cette **adaptabilité** est cruciale pour maintenir l'efficacité des soins face à des défis imprévus.

c) Orienté vers des Objectifs

- Les systèmes de santé visent à atteindre plusieurs objectifs clés :
 - ✓ **Amélioration de la santé** : En augmentant l'espérance de vie et en réduisant les maladies.
 - ✓ **Équité** : Assurer un accès équitable aux soins pour tous, indépendamment du statut socio-économique.
 - ✓ **Efficience** : Optimiser l'utilisation des ressources disponibles pour fournir les meilleurs soins possibles sans gaspillage.

EN RÉSUMÉ, les systèmes de santé sont conçus pour répondre à une multitude de défis tout en s'adaptant aux besoins spécifiques des populations qu'ils servent. Leur efficacité repose sur leur capacité à intégrer divers aspects tout en poursuivant des objectifs clairs et mesurables.

3. INTÉRÊT D'ÉTUDIER LES GRANDS MODÈLES DE SYSTÈMES DE SANTÉ

L'analyse des différents modèles de systèmes de santé à travers le monde est essentielle pour plusieurs raisons :

a) Compréhension des Approches d'Organisation et de Financement

- Chaque pays a développé un modèle unique basé sur son **histoire**, sa **culture** et ses **valeurs**.

- Étudier ces modèles permet de comprendre comment les soins de santé sont organisés et financés différemment à travers le globe.

b) Identification des Forces et Faiblesses

- En comparant les systèmes, on peut identifier ce qui fonctionne bien et ce qui pourrait être amélioré.
- Cette analyse comparative, connue sous le nom de **benchmarking international en santé**, permet de s'inspirer des meilleures pratiques pour optimiser notre propre système.

c) Anticipation des Défis Futurs et Tendances Émergentes

- L'étude des différents modèles aide à prévoir les défis à venir, tels que l'impact du **vieillessement de la population** ou l'augmentation des **maladies chroniques**.
- Comprendre comment d'autres systèmes abordent ces questions nous aider à **élaborer des stratégies plus efficaces** pour notre propre système. En analysant leurs approches, nous pouvons ainsi identifier des solutions innovantes et adaptées à nos besoins futurs.

d) Promotion d'une Réflexion Critique sur les Politiques de Santé

- Cette étude encourage une réflexion critique sur les **choix politiques** en matière de santé.
- Elle souligne qu'il n'existe pas de modèle parfait, chaque système étant le résultat de **compromis** et de **choix sociétaux**.
- Cela ouvre la voie à des **discussions constructives** sur les améliorations possibles.

EN RÉSUMÉ, l'étude des grands modèles de systèmes de santé enrichit notre compréhension globale et nous guide dans l'amélioration continue de nos propres politiques et pratiques.

4. LES TROIS GRANDS MODÈLES DE SYSTÈMES DE SANTÉ

Les systèmes de santé à travers le monde peuvent généralement être classés en trois grands modèles, chacun ayant ses propres caractéristiques distinctives en termes d'organisation et de financement :

- ✓ Le modèle libéral (décentralisé)
- ✓ Le modèle planifié (Beveridgien)

- ✓ Le modèle socialisé (Bismarckien)

4.1. LE MODÈLE LIBÉRAL (DÉCENTRALISÉ)

Le modèle libéral de santé incarne une approche fondamentalement **décentralisée**, où la **liberté économique** des acteurs de santé prime sur l'**intervention étatique**.

4.1.1. Les Fondements du Modèle Libéral

Ce système repose sur trois piliers fondamentaux qui s'articulent dans une **logique de régulation par le marché** :

a) Offre de Soins Principalement Privée

- La majorité des **infrastructures de santé** (telles que les hôpitaux, cliniques et cabinets médicaux) sont **détenues et exploitées par des entités privées**.
- Cette privatisation (prédominance du secteur privé) est censée stimuler la **concurrence** et l'**innovation** dans le secteur de la santé, car les prestataires de soins fonctionnent comme des entreprises indépendantes.

b) Financement par le Patient et les Assurances Privées

- Le financement repose essentiellement sur deux sources :
 - ✓ **La contribution directe des patients**
 - ✓ **Les assurances privées**, souvent liées à l'emploi
- Ainsi, les individus paient directement pour leurs frais médicaux, que ce soit **en utilisant leurs propres ressources financières OU en souscrivant à des assurances privées** qui couvrent tout ou partie des coûts des services médicaux.
- Aux États-Unis, par exemple, les assurances sont souvent fournies par les **employeurs** dans le cadre du contrat de travail.
- Ce système peut entraîner des **coûts élevés** et des **inégalités d'accès aux soins**.

c) Régulation par le Marché

- Dans le cadre du modèle libéral, la régulation s'effectue principalement par les **mécanismes du marché**, où l'équilibre entre l'offre et la demande détermine :
 - ✓ **Les prix des prestations médicales et les primes d'assurance**
 - ✓ **La répartition géographique des services**
 - ✓ **La qualité et la nature des soins proposés et servis**

- Sur le marché des soins de santé, les **prestataires** (hôpitaux, cliniques et cabinets médicaux) fixent librement leurs **tarifs** et leurs **conditions d'exercice**.

⇒ **EXEMPLES :**

- ✓ **Honoraires Médicaux Variables** : Aux États-Unis, les médecins peuvent fixer librement leurs honoraires en fonction de leur spécialité, de leur expérience et de leur localisation. Par exemple, un cardiologue à New York pourrait facturer des honoraires plus élevés qu'un collègue dans une région rurale en raison du coût de la vie et de la demande locale pour les services spécialisés.
 - ✓ **Tarifs Hospitaliers selon l'Établissement** : Les hôpitaux américains peuvent appliquer des tarifs très différents pour des services similaires, en fonction de leur statut (privé ou affilié à une fondation caritative) et de leur emplacement géographique. Par exemple, le coût d'une intervention chirurgicale dans un hôpital urbain peut être significativement plus élevé que dans un hôpital rural.
 - ✓ **Chambres Individuelles avec Suppléments** : Certains hôpitaux offrent des chambres individuelles avec des équipements luxueux moyennant un coût supplémentaire. Aux États-Unis, ces chambres peuvent inclure des services supplémentaires (tels qu'un service de conciergerie, des repas gastronomiques ou l'accès à la télévision, au téléphone et à Internet) et coûter plusieurs centaines de dollars supplémentaires par nuit.
- De même, sur le marché de l'assurance-maladie, les **assureurs privés** déterminent les primes d'assurance en fonction du **risque associé à chaque assuré**.

⇒ **EXEMPLES :**

- ✓ **Âge de l'Assuré** : Les jeunes adultes, souvent considérés comme ayant un risque de santé plus faible, peuvent se voir proposer des primes d'assurance moins élevées. En revanche, les personnes âgées, qui sont plus susceptibles de nécessiter des soins médicaux fréquents, peuvent être confrontées à des primes plus élevées.
 - ✓ **Habitudes de Vie** : Un individu qui ne fume pas, pratique régulièrement une activité physique et maintient un poids santé, peut bénéficier de primes réduites. À l'inverse, une personne fumeuse, sédentaire ou en surpoids, pourrait se voir imposer des primes plus élevées en raison du risque accru de problèmes de santé.
 - ✓ **Profession** : Les personnes travaillant dans des environnements professionnels à haut risque, comme la construction ou l'exploitation minière, peuvent payer des primes d'assurance plus élevées par rapport à celles exerçant des professions moins dangereuses, telles que le travail de bureau.
- L'idée est que la concurrence entre prestataires et assureurs améliore la qualité des soins et réduit les coûts (voir Encadré 1 ci-dessous).

- Cependant, même dans ces systèmes libéraux, une certaine **régulation publique** (intervention de l'État) existe pour garantir des standards minimaux de qualité et protéger les consommateurs (voir Encadré 1 ci-dessous).

Pays Représentatifs

- Les **États-Unis** et la **Suisse** sont les principaux exemples de ce modèle. Bien qu'ils aient des approches différentes, ils partagent ces caractéristiques fondamentales.

En résumé, le modèle libéral met l'accent sur l'**autonomie des acteurs privés coordonnés par le marché**, avec un **rôle limité de l'État**. Cela peut conduire à une **innovation rapide**, mais aussi à des **disparités (inégalités) dans l'accès aux soins**.

ENCADRÉ 1 : La Régulation par le Marché et ses implications

Dans le modèle libéral, la régulation par le marché repose sur l'interaction entre l'offre et la demande pour gouverner le système de santé. Cette approche se décline en trois aspects principaux :

a) Rôle Central du Marché

- Le marché agit comme régulateur principal, créant un environnement concurrentiel au sein des prestataires de soins (marché des soins de santé) et des assureurs privés (marché de l'assurance-maladie). Ainsi, aussi bien les **prestataires de soins** (comme les hôpitaux et les médecins) que les **assureurs privés** sont en concurrence pour attirer les patients. Cette compétition vise à stimuler l'innovation et optimiser le rapport qualité-prix des services de santé.

b) Amélioration de la Qualité et Réduction des Coûts

- La concurrence incite les prestataires à améliorer l'efficacité et la qualité de leurs services pour se démarquer. Les établissements de santé et assureurs rivalisent d'initiatives pour séduire leur clientèle. Par exemple, un hôpital pourrait investir dans des technologies médicales avancées ou proposer des services spécialisés pour attirer plus de patients. De même, les assureurs peuvent offrir des plans plus attractifs avec des primes réduites ou des couvertures plus étendues pour rester compétitifs.

c) Régulation de l'État

- Malgré la prédominance du marché, l'État conserve un rôle de supervision en imposant des normes minimales de qualité et de sécurité. Cela peut inclure des réglementations sur la formation et la certification des professionnels de santé, l'accréditation des établissements médicaux et la protection des droits des patients. Ces régulations visent à protéger les consommateurs contre les pratiques abusives ou dangereuses, et à garantir un niveau de soin acceptable pour tous.

En résumé, bien que le marché soit le principal moteur du système dans le modèle libéral, l'intervention de l'État reste essentielle pour maintenir un cadre éthique et sécuritaire dans lequel opèrent les prestataires de soins et les assureurs de santé.

4.1.2. Les Avantages du Modèle Libéral

a) Innovation et Concurrence

- Le modèle libéral encourage l'**innovation médicale et technologique**.
- La **concurrence** et l'émulation entre les prestataires de soins stimule la **recherche de solutions nouvelles** et l'**amélioration continue des pratiques**.

b) Revenus Élevés pour les Praticiens

- Les praticiens bénéficient de perspectives de **revenus attractifs**, ce qui peut attirer les **meilleurs talents** (à l'échelle mondiale) et encourager l'**excellence médicale**.

c) Liberté de Choix pour les Patients

- Les patients ont la possibilité de **choisir librement** leurs prestataires de soins et leurs assurances, ce qui peut conduire à une plus **grande satisfaction** en matière de soins reçus.

c) Qualité et Diversité des Services

- Le marché libre favorise une **offre diversifiée** de services médicaux, souvent avec une **qualité élevée** due à la compétition entre fournisseurs.
- Les prestataires, cherchant à se démarquer, développent des services spécialisés et innovants pour **répondre aux attentes variées** de leur patientèle. Cette dynamique se manifeste à travers :
 - ✓ Une offre de soins diversifiée répondant aux différentes attentes des patients
 - ✓ Des services personnalisés et de haute qualité
 - ✓ Une réactivité accrue aux besoins des patients

Malgré ses avantages, le modèle libéral présente plusieurs inconvénients majeurs qui sont souvent liés à la logique marchande sous-jacente.

4.1.3. Les Inconvénients du Modèle Libéral

a) Surconsommation médicale

- La concurrence entre prestataires peut entraîner une **surconsommation médicale**, car certaines incitations économiques encouragent à multiplier les actes médicaux (consultations, examens, etc.).
- Les médecins peuvent être tentés d'**offrir plus de services que nécessaire** pour augmenter leurs revenus, tandis que les patients peuvent être **incités à consommer davantage** en raison d'une couverture d'assurance généreuse ou mal structurée.

b) Coût élevé des soins

- Le modèle libéral est souvent associé à un **coût élevé des soins** pour l'ensemble du système.
- La **fragmentation** entre différents acteurs (hôpitaux privés, cliniques spécialisées, compagnies d'assurances) entraîne une **multiplication des coûts administratifs** et une absence d'économies d'échelle. De plus, la recherche du profit par certains prestataires peut pousser à **augmenter les prix des services médicaux**.

c) Reste à charge (RAC) important pour les patients

- Dans ce type de système, une part importante des coûts médicaux peut être laissée à la charge directe des patients sous forme de **reste à charge (RAC)**.
- Cela signifie que même après remboursement par l'assurance, les patients doivent **payer une partie non négligeable des frais médicaux eux-mêmes**. Ce phénomène peut conduire certains individus à **renoncer aux soins** en raison du coût trop élevé ou à s'endetter pour couvrir leurs frais médicaux.

d) Inégalités d'accès aux soins

- Enfin, le modèle libéral tend à accentuer les **inégalités d'accès aux soins**. Les personnes ayant moins de ressources financières ou vivant dans des zones géographiques éloignées peuvent avoir **plus de difficultés à accéder aux services médicaux nécessaires**.
- Les assurances privées étant coûteuses, **certains groupes sociaux** peuvent être **exclus du système** ou se retrouver **sous-assurés**, ce qui limite leur accès aux traitements adéquats.

4.1.4. États-Unis : Un Système Fragmenté

Le système de santé américain est souvent cité comme l'archétype du modèle libéral, caractérisé par une **forte fragmentation** et une **prédominance du secteur privé**. Voici les principales caractéristiques et implications de ce système :

a) Rôle Limité du Secteur Public

- **Offre de Soins** : La majorité des services de santé sont fournis par des entités privées, telles que les hôpitaux, cliniques et cabinets médicaux indépendants.
- **Financement** : Le financement repose principalement sur des **assurances privées** et les **paiements directs des patients**, avec un rôle limité pour le secteur public.
- **Couverture d'Assurance Maladie** :
 - ✓ En 2018, **68% des Américains avaient une assurance privée**, souvent liée à l'emploi, tandis que 34,1% étaient couverts par des programmes publics comme **Medicaid** (personnes à faible revenu) et **Medicare** (personnes âgées et malades lourds).
 - ✓ Malgré la **réforme Obamacare** (voir Encadré 2), qui a réduit le taux de non-assurés de 15,5% en 2010 à 8% en 2018, environ **30,4 millions de personnes restaient sans couverture**.¹

b) Fragmentation et Complexité

- Le système de santé américain est marqué par la présence de **plus de 1300 assureurs différents**, ce qui accroît la complexité et la fragmentation.
- Le **chevauchement des couvertures** est courant, notamment pour les personnes âgées qui peuvent bénéficier à la fois de Medicare et d'une assurance complémentaire privée.

c) Dépenses de Santé Élevées

- En raison de cette structure complexe et fragmentée, les États-Unis consacrent une **part exceptionnellement élevée de leur PIB aux dépenses de santé** (17,8% en 2021), soulevant des questions sur l'efficacité et l'équité du système.

¹ Finegold, K., Conmy, A., Chu, R. C., Bosworth, A., & Sommers, B. D. (2021). *Trends in the U.S. uninsured population, 2010-2020*. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE). Retrieved from <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/private/pdf/265041/trends-in-the-us-uninsured.pdf>

- Ce modèle libéral met en lumière les défis liés à l'accès équitable aux soins et à la maîtrise des coûts dans un environnement dominé par le secteur privé.

ENCADRÉ 2 : La Réforme OBAMACARE

Présentation : L'Obamacare est une réforme-clé du système de santé américain signée en 2010 pour améliorer l'accès à l'assurance-maladie.

Objectifs-Clés :

1. Expansion de la Couverture :

- ✓ **Élargissement de Medicaid** à tous les adultes ayant un revenu allant jusqu'à 138 % du seuil de pauvreté fédéral.
- ✓ **Subventions Basées sur le Revenu** à destination des personnes ayant un revenu au-dessus du seuil de pauvreté fédéral, mais qui n'ont pas accès à une couverture abordable par un employeur.

2. Protection des Consommateurs :

- ✓ **Interdiction des refus de couverture en raison de conditions médicales préexistantes** (maladie chronique, conditions Mentales...), obligeant les assureurs à accepter tous les demandeurs indépendamment de leur état de santé.
- ✓ **Suppression des plafonds sur les prestations essentielles** : Il existe désormais un ensemble de **prestations essentielles** qui doivent être **couvertes sans limitation**, incluant des services tels que l'Hospitalisation, les Soins d'urgence, la Maternité et soins du nouveau-né, les Services de santé mentale et traitement des troubles liés à l'usage de substances, les Médicaments sur ordonnance.

3. Accès aux Soins Préventifs : Couverture obligatoire des services préventifs sans coûts supplémentaires. Exemples : Dépistages du Cancer, Services pour Femmes et Enfants (visites de soins préventifs pour les femmes, accès à des contraceptifs, pompes à lait pour l'allaitement...), Programmes et conseils pour aider à arrêter de fumer.

Impact : L'Obamacare a **réduit le taux de non-assurance** et **amélioré l'accès aux soins**, malgré des controverses politiques et des tentatives d'abrogation sous la présidence Trump.

4.1.5. Suisse : Un Système Libéral Encadré

La Suisse offre un modèle de système de santé qui combine des éléments libéraux avec une régulation stricte, assurant un équilibre entre **liberté de choix individuel** et **contrôle étatique**.

a) Caractéristiques Principales

- **Assurance Maladie Obligatoire**

- ✓ Tous les résidents suisses doivent souscrire à une **assurance maladie de base**. Cette obligation garantit que chacun a **accès aux soins essentiels**, indépendamment de sa situation personnelle ou financière.
- **Libre Choix de l'Assureur**
 - ✓ Les résidents peuvent choisir leur assureur parmi environ **cinquante caisses d'assurance reconnues**. Cette variété permet aux individus de **sélectionner la couverture** qui correspond le mieux à leurs besoins, tout en stimulant la **concurrence entre assureurs**.
- **Décentralisation Administrative**
 - ✓ La Suisse se distingue par une **forte décentralisation**, répartissant les responsabilités entre le gouvernement fédéral et les cantons :
 - ⇒ **Gouvernement Fédéral** : Il est chargé de la **régulation des prix** et de la **définition des prestations couvertes** par l'assurance maladie de base. Cela assure une **uniformité** dans les soins de base accessibles à tous.
 - ⇒ **Cantons** : Les cantons sont responsables des **soins hospitaliers** et des **politiques de prévention**. Cette structure permet une **adaptation aux besoins locaux**, offrant une **flexibilité** qui peut répondre plus précisément aux attentes et aux particularités régionales.
- **Dépenses de Santé**
 - ✓ En 2021, les dépenses de santé représentaient **11,8% du PIB suisse**. Bien que ce chiffre soit élevé par rapport à d'autres pays développés, il reste **de loin inférieur à celui des États-Unis**.
 - ✓ Ce niveau de dépense reflète la **qualité** et l'**accessibilité des soins offerts** en Suisse, malgré une **organisation très largement décentralisée**.

EN CONCLUSION, le système suisse illustre comment un modèle libéral peut être encadré par des réglementations étatiques pour **garantir l'accès universel aux soins**, tout en permettant une certaine **liberté individuelle dans les choix**. La décentralisation permet également une **gestion adaptée aux spécificités locales**, contribuant à l'efficacité globale du système.

4.2. LE MODÈLE PLANIFIÉ (BEVERIDGIEN)

Le modèle Beveridgien, ou modèle planifié, est une **approche centralisée et étatique** de l'organisation des systèmes de santé. Il tire son nom de William Beveridge, un économiste britannique qui a influencé la création du *National Health Service* (NHS) au Royaume-Uni, qui est l'exemple emblématique de ce modèle. Ce système repose sur trois caractéristiques principales : **l'offre de soins principalement publique**, le **financement par les impôts**, et la **régulation stricte par l'État**.

4.2.1. Caractéristiques principales

a) Offre de soins principalement publique

- ✓ Dans le modèle Beveridgien, l'offre de soins est principalement assurée par des **services publics de santé**.
- ✓ Cela signifie que les **hôpitaux** et les **cliniques** sont souvent **gérés par l'État** et que la **majorité des professionnels de santé** travaillent pour le **secteur public**.
- ✓ L'objectif est de garantir un **accès universel aux soins**, indépendamment du revenu ou du statut social des individus.

b) Financement par les impôts

- ✓ Le financement du système repose largement sur les impôts, ce qui permet une **mutualisation des risques à l'échelle nationale**.
- ✓ Tous les citoyens contribuent via leurs **impôts**, et en retour, ils ont accès aux services de santé **sans frais directs** ou avec des coûts très réduits.
- ✓ **Avantage** : Ce mode de financement permet une **couverture sanitaire universelle**, où l'accès aux soins ne dépend pas du revenu individuel.

c) Régulation stricte par l'État

- ✓ Dans ce modèle, l'État joue un rôle central dans la **planification**, l'**organisation** et la **gestion** des services de santé. L'objectif est d'assurer une **répartition équitable des ressources** et d'**améliorer l'efficacité du système**.
- ✓ L'État décide des **priorités en matière de santé publique**, alloue les **ressources financières et humaines**, et veille à ce que **tous les citoyens aient accès à des soins de qualité**.

4.2.2. Pays représentatifs

- Le modèle Beveridgien est particulièrement répandu en Europe et dans certains pays hors Europe :
 - ✓ **Royaume-Uni** : Le *National Health Service* (NHS) est l'exemple le plus emblématique. Il offre des **soins gratuits** au point d'utilisation, financés par les **impôts**.
 - ✓ **Pays scandinaves** : La Suède et le Danemark ont adopté des systèmes similaires avec une forte implication étatique.
 - ✓ **Pays méditerranéens** : L'Italie, l'Espagne, la Grèce et le Portugal ont également mis en place des systèmes inspirés du modèle Beveridgien.
 - ✓ **Canada** : Bien que situé hors d'Europe, le Canada a adopté un système inspiré du modèle Beveridgien, avec une couverture universelle financée par les impôts.
- Bien que ces pays partagent les principes fondamentaux du modèle planifié, il existe des **variations significatives** dans leur mise en œuvre concrète. Ces différences reflètent souvent les **contextes historiques, politiques et sociaux** propres à chaque nation.
- Ainsi, certains pays peuvent permettre une **plus grande participation du secteur privé** dans la prestation des soins, tandis que d'autres maintiennent une **stricte gestion publique**.
- Au Royaume-Uni par exemple, il existe des **assurances additionnelles** qui proposent :
 - ✓ **Des services supplémentaires** : Les assurances privées au Royaume-Uni offrent souvent des services additionnels, tels que des chambres privées dans les hôpitaux, des consultations avec des spécialistes de votre choix, et des traitements dans des établissements privés.
 - ✓ **Un accès accéléré** : Un des principaux attraits de ces assurances est la **réduction des temps d'attente** pour certaines procédures électives ou spécialisées (Chirurgie cardiovasculaire non urgente, Chirurgie esthétique...) via des établissements privés, ce qui peut être un facteur déterminant pour ceux qui souhaitent éviter les délais du NHS.
 - ✓ **Une couverture pour des traitements innovants dans les établissements privés** : Elles peuvent également couvrir certains thérapies ou médicaments innovants (nouvelles technologies médicales) qui ne sont pas disponibles via le NHS, comme certains médicaments contre le cancer.

En conclusion, le modèle Beveridgien incarne une approche où **l'État joue un rôle central dans la gestion du système de santé**. Il vise à garantir un **accès égalitaire** aux soins pour tous les citoyens grâce à un **financement basé sur les impôts** et une **régulation étatique**

stricte. Bien qu'il soit largement adopté en Europe et au Canada, chaque pays adapte ce modèle en fonction de ses **besoins spécifiques** et de ses **réalités socio-politiques**.

4.2.3. Les Avantages du Modèle Beveridgien

a) Coûts maîtrisés

- ✓ **Financement public** : Le modèle beveridgien repose sur un financement public par les impôts, ce qui permet une **mutualisation (mise en commun) des ressources**. Cela contribue à maintenir les coûts de santé sous contrôle, car l'État peut **négoier directement avec les fournisseurs de services et de médicaments** pour obtenir des tarifs avantageux.
- ✓ **Gestion centralisée** : La gestion centralisée permet une allocation efficace des ressources, **évitant les duplications de services** et concentrant les efforts sur les **besoins prioritaires de santé publique**.

b) Équité dans l'accès aux soins

- ✓ **Couverture universelle** : Ce modèle assure que **tous les citoyens ont accès aux soins nécessaires**, indépendamment de leur statut socio-économique. Cette couverture universelle est un pilier fondamental du système beveridgien, garantissant que la santé n'est pas un privilège mais un **droit accessible à tous**.
 - ✓ **Réduction des inégalités** : En offrant un accès égal aux services de santé, le modèle contribue à **réduire les disparités en matière de santé** entre différentes couches de la population.
- En définitive, le modèle beveridgien, ou modèle planifié, est reconnu pour sa **gestion centralisée** des systèmes de santé, qui vise à garantir l'**équité** et le **contrôle des coûts**. Cependant, comme tout système, il présente aussi des inconvénients.

4.2.4. Les Inconvénients du Modèle Beveridgien

a) Délais d'attente

- ✓ En raison de la nécessité de prioriser les ressources limitées, certains soins non urgents peuvent subir des **délais d'attente plus longs**. Cela est souvent le cas pour des procédures électives ou spécialisées où la demande dépasse l'offre disponible dans le secteur public.

b) Bureaucratie

- ✓ La gestion centralisée peut entraîner une bureaucratie lourde, ce qui peut ralentir la prise de décision, la mise en œuvre de nouvelles politiques, ou encore l'introduction des traitements innovants et des nouvelles technologies médicales. Cette lourdeur administrative peut parfois entraver la réactivité du système face aux besoins changeants ou émergents de la population.

EN CONCLUSION, malgré ces défis, le modèle beveridgien reste prisé pour son approche égalitaire et sa capacité à offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population tout en contrôlant efficacement les dépenses de santé. Il incarne une vision où la santé est un bien public universellement accessible, soutenu par une gestion étatique qui cherche à équilibrer équité et efficacité économique.

4.3. LE MODÈLE SOCIALISÉ (BISMARCKIEN) ET SON APPLICATION EN ALGÉRIE

Le modèle socialisé, ou modèle bismarckien, est un système de protection sociale basé sur les cotisations sociales, avec une régulation partagée entre l'État et les partenaires sociaux. Ce modèle, inspiré des réformes d'Otto von Bismarck en Allemagne à la fin du XIXe siècle, a influencé de nombreux pays, notamment en Europe, mais aussi des pays comme l'Algérie. Dans ce contexte, l'Algérie a adapté ce modèle à ses particularités socio-économiques tout en conservant les principes fondamentaux du système bismarckien.

4.3.1. Caractéristiques principales

a) Offre de soins à dominance publique

- L'un des piliers du modèle bismarckien est l'offre de soins majoritairement publique. Cela signifie que les hôpitaux, les cliniques et d'autres infrastructures de santé sont principalement gérés par des entités publiques, garantissant ainsi une large accessibilité des soins pour l'ensemble de la population. Cette caractéristique vise à assurer que tous les citoyens, indépendamment de leur statut économique, puissent accéder aux services de santé essentiels.

- **EXEMPLE ALGÉRIEN :**

- ⇒ En Algérie, cette caractéristique se manifeste par un **réseau d'hôpitaux publics** gérés par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH). Ces établissements garantissent une **large accessibilité des soins** pour la population.
- ⇒ Les hôpitaux publics algériens offrent également des **soins quasi-gratuits aux citoyens**, y compris pour les consultations médicales et les hospitalisations. Cette gratuité permet d'assurer un **accès universel** aux services de santé, même dans les zones rurales avec le réseau des Établissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) constitué de Polycliniques, de Centres de santé et de salle de soins.
- ⇒ Dans le cadre du **financement des hôpitaux publics** par la sécurité sociale via le "**forfait hôpitaux**", ce sont les cotisations sociales qui financent une partie des soins hospitaliers (en complément du budget direct de l'État). Ce mécanisme a permis d'alléger la pression sur le budget public en période de crise économique, surtout à partir de la fin des années 1980.

b) Financement par les cotisations sociales

- Le financement du système bismarckien repose sur des cotisations sociales, c'est-à-dire que ce sont les **employeurs** et les **employés** qui financent le système à travers des **prélèvements sur les salaires**.
- Ce mode de financement, qui lie directement le **système de santé** au **marché du travail**, repose sur le principe de **solidarité professionnelle** : les cotisations sont calculées en fonction des revenus, ce qui permet une **redistribution solidaire** entre ceux qui travaillent et ceux qui n'ont pas accès temporairement à un emploi ou qui sont malades.
- **EXEMPLE ALGÉRIEN** : Le système de sécurité sociale algérien est principalement financé par les **cotisations des travailleurs salariés**. Cependant, une **réforme en 1983** a élargi la couverture sociale pour inclure presque toute la population, à l'exception notable des chômeurs adultes.
 - En 1983, le système a ainsi été modifié pour inclure les **travailleurs non-salariés** (agriculteurs, artisans, commerçants et autres professions indépendantes) dans le cadre de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS), leur permettant d'accéder à des prestations telles que l'assurance maladie et la retraite.
 - En plus des travailleurs indépendants, la réforme a permis d'inclure d'autres groupes sociaux vulnérables comme les **étudiants** et les **personnes**

handicapées. Ces groupes bénéficient désormais de prestations sociales sans nécessairement contribuer au financement par cotisation.

- Pendant longtemps, les chômeurs adultes étaient pratiquement les seuls exclus du système de protection sociale. Cependant, l'instauration récente (mars 2022) d'une **allocation chômage** permet désormais aux **jeunes sans emploi** (19 à 40 ans) d'obtenir une protection minimale en matière de santé et de prestations sociales. Ce dispositif vise à combler (en partie) une lacune importante dans le système social algérien qui discriminait auparavant cette catégorie de la population.

c) Régulation mixte (État et partenaires sociaux)

- La régulation du système bismarckien est mixte, impliquant à la fois l'**État** et les **partenaires sociaux** (syndicats de travailleurs et représentants des employeurs). Cette collaboration permet une **gestion plus proche des réalités économiques et sociales**, car elle prend en compte les besoins des travailleurs tout en intégrant des considérations économiques.
- **EXEMPLE ALGÉRIEN** : En Algérie, bien que l'État joue un rôle central dans la gestion du système de protection sociale, il existe également une **implication indirecte (mais fort limitée) des partenaires sociaux** (syndicats de travailleurs et représentants des employeurs) dans certaines réformes visant à améliorer l'efficacité du système. Cependant, l'implication de ces derniers dans la gestion du système reste limitée à des **consultations occasionnelles** ou à des **discussions lors des réunions tripartites**. Contrairement à d'autres pays bismarckiens où les syndicats et les employeurs jouent un rôle direct dans la gestion des caisses d'assurance maladie ou retraite (comme en Allemagne), en Algérie, ces acteurs n'ont pas un pouvoir décisionnel significatif et l'**État conserve une forte mainmise sur le système**.

4.3.2. Pays représentatifs

- Le modèle bismarckien est adopté dans plusieurs pays européens : **Allemagne, Belgique, France, Luxembourg, Pays-Bas...**
- L'**Algérie** a également adopté ce modèle pour structurer son système de santé et de protection sociale. Cependant, le système algérien se distingue par une **forte intervention étatique**. Bien que les cotisations sociales financent une partie du système, l'État joue un rôle central dans la **gestion et le financement des établissements publics de santé**. Dès les années 1970 (avec la politique de gratuité

des soins instaurée en 1974) et surtout avec la réforme majeure de 1983, le pays a également entrepris une série d'ajustements pour **élargir la couverture sociale à une plus grande partie de la population** : travailleurs non-salariés, étudiants, personnes handicapées... et tout récemment aux jeunes sans emploi bénéficiaires de l'allocation chômage. Ces ajustements successifs visent à combler les limites intrinsèques du système afin d'**assurer un accès universel aux soins**. En effet, le modèle socialisé bismarckien est principalement destiné aux travailleurs salariés, et ne couvrait ainsi qu'une partie limitée de la population active, excluant de nombreuses catégories sociales, notamment les travailleurs non-salariés et les personnes sans emploi.

- Tous ces pays ont **adapté le modèle à leurs contextes nationaux** tout en conservant ses principes fondamentaux : financement par cotisations sociales, offre publique de soins et régulation plus ou moins partagée entre État et partenaires sociaux.
- Le **modèle socialisé bismarckien** présente des caractéristiques distinctives qui apportent des avantages considérables en matière de protection sociale, mais aussi des défis structurels, notamment en termes de viabilité financière.

4.3.3. Les Avantages du Modèle Bismarckien

a) Équité dans l'accès aux soins

- L'un des principaux atouts du modèle bismarckien est son engagement en faveur de l'**équité**. Grâce à un système de financement basé sur les **cotisations sociales proportionnelles aux revenus**, il garantit un accès aux soins pour l'ensemble de la population, quels que soient les revenus ou la situation professionnelle.
- **Principe de solidarité** : Les cotisations sont calculées en fonction des revenus, ce qui permet aux plus riches de contribuer davantage tout en assurant que les plus vulnérables bénéficient d'une couverture complète.
- **EXEMPLE ALGÉRIEN** :
 - ✓ En Algérie, les cotisations sont prélevées sur les salaires des travailleurs, permettant de financer le système de santé. Bien que le système soit historiquement lié au travail salarié, l'État algérien a **élargi la couverture** pour inclure aujourd'hui presque toute la population.
 - ✓ Cela permet d'assurer que même ceux qui ne sont pas directement affiliés au marché du travail bénéficient d'une protection sociale, garantissant de ce fait un **accès aux soins de base pour l'ensemble de sa population**, indépendamment du revenu ou du statut professionnel.

- ✓ Ainsi, une série de réformes a permis une **extension de la couverture sociale** à d'autres groupes sociaux au-delà du modèle bismarckien classique, assurant que même ceux qui ne cotisent pas (comme les étudiants, les handicapés et les jeunes chômeurs) puissent bénéficier d'une prise en charge médicale.
- ✓ De plus, les hôpitaux publics algériens offrent des **soins gratuits à tous les citoyens**, ce qui permet une certaine couverture universelle de base. Par exemple, les travailleurs informels - qui ne cotisent pas - bénéficient d'une prise en charge médicale au niveau des hôpitaux et des EPSP, et peuvent ainsi recevoir un traitement sans avoir à payer directement pour les consultations ou les médicaments.

b) Couverture large de la population

- Le modèle bismarckien offre une **protection sociale étendue**, couvrant une grande partie de la population, y compris les travailleurs salariés, les indépendants et parfois même les chômeurs. Cette couverture large contribue à la **cohésion sociale** et à l'amélioration globale de la santé publique.
- **Protection quasi-universelle** : Bien que fondé sur le travail salarié, le système s'est étendu dans plusieurs pays pour inclure d'autres catégories sociales, garantissant ainsi une couverture quasi universelle.
- **EXEMPLE ALGÉRIEN** :
 - ✓ Le modèle bismarckien en Algérie assure une **protection sociale étendue**, couvrant non seulement les travailleurs salariés et indépendants, mais aussi **certains groupes vulnérables** (étudiants, handicapés, jeunes chômeurs). Cette couverture large contribue à la **cohésion sociale** et à l'**amélioration globale de la santé publique**.
 - ✓ La Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) couvre non seulement les salariés mais aussi leurs **ayants droit (conjoint et enfants)**, assurant ainsi une protection pour toute la famille. En outre, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS) permet aux **travailleurs indépendants** (agriculteurs, commerçants, artisans...) d'accéder à une couverture similaire.

4.3.4. Les Inconvénients du Modèle Bismarckien

a) Risque de déficit de la sécurité sociale

- Malgré ses avantages, le modèle bismarckien fait face à un défi majeur : le **risque de déficit financier** du système de sécurité sociale. Ce risque est alimenté par plusieurs facteurs structurels :
 - ✓ **Vieillesse de la population** : Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées, les dépenses liées aux retraites et aux soins médicaux augmentent considérablement. Les retraités cotisent moins au système tout en nécessitant davantage de soins.
 - ✓ **Augmentation des maladies chroniques** : Les maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancers nécessitent des traitements longs et coûteux, ce qui exerce une pression supplémentaire sur les finances publiques.
 - ✓ **Avancées technologiques coûteuses** : Les progrès médicaux (nouvelles technologies, médicaments innovants) améliorent la qualité des soins mais augmentent aussi les coûts. Ces innovations médicales peuvent être très onéreuses pour le système, surtout si elles deviennent rapidement indispensables.

b) Dépendance au marché du travail

- Le modèle bismarckien se finance principalement par les cotisations sociales directement prélevées sur les revenus des travailleurs. Cette structure entraîne une **dépendance considérable à l'égard du marché de l'emploi**. En conséquence, des problèmes peuvent survenir dans des économies où le **chômage est important** ou quand **une part importante des travailleurs opère dans le secteur informel**.
- **EXEMPLE ALGÉRIEN** : En Algérie, une partie importante de la population active travaille dans le **secteur informel**, ce qui signifie qu'ils ne cotisent pas au système de sécurité sociale. Cela **réduit la base contributive** et met une pression supplémentaire sur les finances publiques pour compenser ce manque à gagner.

EN CONCLUSION, le modèle bismarckien incarne un **compromis entre solidarité collective et liberté de choix individuel**. Cependant, il doit constamment faire face à des **défis financiers** liés au vieillissement démographique, à l'augmentation des maladies chroniques et aux coûts croissants liés aux avancées technologiques. La question centrale reste celle de la **durabilité** à

long terme du modèle, qui nécessite une gestion proactive et des réformes régulières pour éviter un effondrement financier tout en maintenant un accès universel aux soins.

Le modèle socialisé bismarckien appliqué en Algérie présente plusieurs **spécificités adaptées au contexte local**. Bien que fondé sur le principe des cotisations sociales comme dans d'autres pays européens, il a été **complété par un financement public** qui reflète l'engagement historique de l'État algérien envers les catégories sociales vulnérables. Cependant, ce modèle fait face aujourd'hui à plusieurs défis structurels tels que :

- ⇒ les **inégalités régionales dans l'accès aux soins** : alors que les grandes villes comme Alger disposent d'hôpitaux bien équipés et accessibles, certaines régions du Sud souffrent encore d'un manque d'infrastructures médicales adéquates ;
- ⇒ la **saturation des services publics** : les hôpitaux publics sont souvent confrontés à une surcharge due à la forte demande et au manque de ressources humaines et matérielles,
- ⇒ et la **viabilité financière du système de protection sociale** : le financement du système de protection sociale algérien repose principalement sur les cotisations sociales, mais ce modèle est mis sous pression par plusieurs facteurs. D'une part, le **vieillessement de la population** et l'**augmentation des maladies chroniques** entraînent une hausse constante des dépenses de santé. D'autre part, la forte proportion de travailleurs opérant dans le **secteur informel** limite les contributions au système de sécurité sociale, dans la mesure où ils ne cotisent pas mais bénéficient tout de même des services gratuits dans les hôpitaux et EPSP. En outre, la **dépendance aux recettes pétrolières** pour financer une grande partie du budget social rend le système vulnérable aux fluctuations économiques internationales. Cette situation pose un **risque pour la pérennité financière** du système de protection sociale, qui pourrait devenir insoutenable si des réformes structurelles ne sont pas mises en place pour **élargir la base contributive** et **rationaliser les dépenses**.

Tous ces défis soulignent la nécessité pour l'Algérie de **poursuivre ses réformes** afin d'éviter un déséquilibre financier durable du système de protection sociale et **assurer sa viabilité financière à long terme**. Des réformes sont également nécessaires pour **améliorer l'équité dans l'accès aux soins** et renforcer la **capacité des services publics** à répondre aux besoins croissants de la population. En somme, des ajustements périodiques sont indispensables afin de s'adapter aux évolutions démographiques et économiques pour rester viable à long terme. Des mesures comme l'**augmentation des taux de cotisation**, l'**intégration progressive du secteur informel** dans le système contributif ou encore une **meilleure gestion des ressources hospitalières** pourraient ainsi être envisagées pour garantir la durabilité du modèle bismarckien algérien.