

## Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?

### Comparative analysis of the health system models of OECD countries: what lessons for the modernization of the Algerian health sector?

Safa Lechab\*

Université de Blida 2, sf.lechab@univ-blida2.dz

Reçu le :10/04/2022

Accepté le :16/05/2022

Publié le :01/06/2022

#### Résumé:

Les approches théoriques existantes des réformes des systèmes de santé montrent l'existence de l'isomorphisme mimétique dans le secteur de la santé, caractérisée par les ambiguïtés des objectifs, l'effet de l'incertitude, les causes qui sont obscures ou les solutions inconnues. Dans ce cas, afin d'engendrer des solutions efficaces à moindre coût, les états construisent leurs systèmes de santé nationaux en se concentrant sur les systèmes des « pays-modèles ». C'est pourquoi l'étude de l'expérience étrangère des réformes des systèmes de santé a un intérêt particulier pour l'Algérie.

Nous allons essayer à travers cette étude de faire une analyse comparative des systèmes de santé de certains pays de l'OCDE, Le but est de tirer des enseignements qui seront utiles pour la modernisation du secteur de santé algérien.

**Mots clés :** modèle de santé, les pays de l'OCDE, secteur public de santé, performance

**Code de Classification Jel :** I1, I18 ,H51

#### Abstract:

Existing theoretical approaches to health system reforms show the existence of mimetic isomorphism in the health sector, characterized by ambiguities of objectives, the effect of uncertainty, causes that are obscure or solutions unknown. In this case, in order to generate effective solutions at lower cost, states build their national health systems by focusing on the systems of "model countries". This is why the study of the foreign experience of health system reforms has particular interest for Algeria.

We will try through this study to make a comparative analysis of the health systems of certain OECD countries, and the Great Britain (Beveridgien model). The goal is to draw lessons that will be useful for the modernization of the Algerian health sector.

**Keys words:** health model, OECD countries, public health sector, performance

**Jel Classification Codes:** I1, I18 ,H51.

---

\*SafaLechab,

## **Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?**

### **1. Introduction**

La distribution des soins est organisée dans le cadre d'un système de santé dont la nature et le fonctionnement sont spécifiques à chaque pays. Dans les uns il s'agit d'un système étatique financé principalement par l'impôt-le système de santé Britannique est souvent cité en exemple- dans lequel l'intervention des prestataires privés est marginale, dans d'autres, il s'agit d'un système relevant de l'assurance maladie, où nous rencontrons un secteur public prédominant et une médecine libérale articulée principalement sur l'activité des soins ambulatoires-le système de santé français et celui Allemand correspondent à cette organisation. Les états -unis présentent l'exemple du système de santé le plus libéral, malgré l'existence des programmes gouvernementaux, Medicaid et Medicare- que nous aurons l'occasion de développer dans cette communication.

Cette comparaison se penche tout particulièrement sur les modes de financement et de prestation des soins de santé. Nous soulignerons les difficultés auxquelles se heurtent la plupart des pays de l'OCDE dans la maîtrise des dépenses de santé et évoquerons les réformes engagées dans le but de faire face aux contraintes du financement et d'accroître la performance des systèmes de santé en place.

A cet effet nous avons posé la problématique centrale suivante : **quels enseignements pouvons-nous en tirer du fonctionnement des systèmes de santé des pays de l'OCDE ? et comment peuvent être utiles pour la modernisation du système de santé algérien et la réussite des réformes engagées (la nouvelle loi sanitaire) ?**

### **2. Le système de santé Allemand : « modèle bismarckien »**

#### **1.2. Présentation rapide du système de santé Allemand**

**Tableau n°1 : Indicateurs sociauxanitaires de l'Allemagne**

<b>Indicateurs</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Dépenses de santé en % du PIB	11	11.2	11.2	11.4	11.5
Dépenses de santé publiques en % du PIB	9.3	9.4	9.5	9.6	9.7
Dépenses de santé privées en % du PIB	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Assurance maladie Publique (% de population)	89,1	89.2	89.3	89.4	89.4
Assurance maladie privée (% de population)	33.8	33.9	33.9	34.3	34.7
Population total « Milliers »	80 982,5	81 686,6	82 348,7	82 657	82 905,8
Espérance de vie à la naissance	81.2	80,7	81,1	81,1	81
Mortalité infantile « morts pour 1000 naissances vivantes »	3.2	3.3	3.4	3.3	3.2

**Source :** réalisé par nos soins sur la base des données extraites de OECD.SAT, le 25/06/2020. OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris.

Le système de santé Allemand est un système fédéral dans lequel les länder « régions » ont une grande autonomie. Il s'agit d'un système de protection sociale de type « bismarckien », le premier en Europe, incluant les principaux fondements de la sécurité sociale : assurance maladie, assurances accidents, assurance invalidité et vieillesse, complétée par l'assurance chômage en 1927. Le mode de financement est essentiellement assuré par des cotisations sociales. L'assurance maladie relève principalement des caisses d'assurance sociales. L'assurance maladie relève principalement des caisses d'assurance maladies « environs 90% de la population couverte » mais également de compagnies d'assurances privées « 10% de la population » (Szecsenyi, 2010, P81-85).

Les principes de base de ce système sont au nombre de trois : assurance, prévoyance et assistance (Brahamia, 2010, P242);

→ **Principe d'assurance** : c'est le principe essentiel qui constitue l'élément fondamental de la solidarité. Par la mise en commun des fonds provenant de leurs cotisations, les personnes se solidarisent pour faire face aux risques éventuels auxquels ils sont exposés. Le poids du risque avéré pour un individu est ainsi allégé et le principe de l'assurance lui confère le droit à des prestations.

Le financement de l'assurance est basé sur des prélèvements obligatoires de cotisations ayant pour base de calcul au revenu incluant, selon le règlement, une part versée par le salarié et une part par le patron.

→ **Principe de prévoyance** : il émane de la solidarité entre tous les membres de la collectivité et matérialisé par l'acquittement d'un impôt qui permettra de faire face aux besoins des citoyens ou de certaines catégories socio-professionnelles, notamment pour service rendu à la nation.

→ **Principe d'assistance** : il est fait appel au principe d'assistance en cas de défaillance des principes précédents, il est fondé sur l'impôt et son recours intervient au profit des nécessiteux ou bien dans des situations exceptionnelles : aide sociale, situation d'urgence en cas de catastrophe par exemple.

Les particularités suivantes distinguent le système allemand :

- Les cotisations sociales salariales et patronales sont principalement destinées au financement de l'assurance maladie.
- Les caisses d'assurance dont le conseil d'administration desquelles siègent les représentants du syndicat des employeurs et celui des salariés ont la responsabilité de la gestion des fonds.
- On dénombre au 1<sup>er</sup> juillet 2015, 123 caisses d'assurance maladies.
- Le tiers payant est généralisé.
- La politique sanitaire incombe aussi bien au Ministère fédéral qu'aux autorités des länder. Ces derniers ont aussi des objectifs sanitaires régionaux ou locaux à atteindre.
- L'affectation des ressources fait l'objet de négociations entre les caisses de l'assurance maladie, d'une part, et les praticiens ou les hôpitaux, d'autre part.

## **2.2. Mode de financement et organisation du système de santé Allemand**

La réunification de l'Allemagne a donné lieu à l'extension à l'ex-Allemagne de l'EST dont le système de santé était calqué sur celui de l'ex-Union Soviétique. De la structure du modèle de financement et l'organisation du système de santé de l'Etat fédéral.

Le système de santé Allemand reflète le schéma de l'organisation fédérale de l'Etat. L'Etat fédéral se partage avec les länder les domaines d'intervention en santé publique.

## Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?

❖ **Le niveau fédéral** a la charge de la santé publique et l'organisation générale du système. Au ministère fédéral de la santé incombe la responsabilité d'intervention dans les domaines suivants (Brahimia, 2010, P 243)

- La santé publique ;
- La formation des professions de santé et leur affectation ;
- L'organisation de la tutelle de l'assurance maladie ;
- La législation en matière de médicaments ;
- L'administration et le fonctionnement des hôpitaux.

❖ **Le pouvoir exécutif est délégué aux Etats fédérés « länder »** qui mettent en œuvre les lois fédérales. Un ministre de la santé ? ayant les mêmes compétences que celles du Ministre fédéral, assure ces responsabilités au sein du gouvernement de chaque land. Les länder programment et financent les principaux équipements. Chaque bundes länder peut décider normalement avec quelles administrations et par quels procédés il administre un ressort si bien qu'il rencontre des formes d'organisation différentes dans les bundes länder.

Afin de coordonner l'Administration de la santé dans les différents bundes länder, il existe la conférence des ministères de santé et des sénateurs des länder dénommée la conférence des ministères de santé dont les décisions n'ont qu'un avis consultatif (Eisenberg, 2007, P11).

❖ **Les caisses de sécurité sociales** : les cotisations sont en fonction du revenu mais les taux diffèrent d'une caisse à l'autre. Les salariés ont le plus souvent le choix entre une caisse locale dit régime général, une caisse d'entreprise, une caisse des artisans et des commerçants, ou encore, une caisse agricole. Chaque land reçoit une part de la masse professionnelle et négocie avec les producteurs de soins, les prestations offertes à leurs assurés à partir d'une nomenclature nationale. Les affiliés optent pour le médecin ou le dentiste de leur choix, sur la liste de praticiens tenue par la caisse dont ils relèvent.

L'organisation sanitaire est bâtie sur le principe : « le recours à la médecine ambulatoire autant que possible, recours à l'hôpital autant que nécessaire ».

Les hôpitaux sont divisés en trois grandes catégories : public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif. Les deux premières catégories emploient des médecins salariés et reçoivent des caisses d'assurance-maladie un forfait journalier par patient qui inclut la rémunération du médecin. Les hôpitaux de la troisième catégorie reçoivent des forfaits journaliers ne comprenant pas la rémunération des médecins. Ces derniers sont payés à l'acte par les caisses et doivent généralement verser une partie des honoraires à l'hôpital (Auger, 1999).

Les dépenses d'exploitation des hôpitaux sont financées par les caisses et les assurances privées alors que les dépenses d'investissement, même dans les institutions privées, sont financées par les gouvernements des provinces « länder ».

A peu près 90% de la population allemande est assurée par les caisses d'assurances-maladies du régime légal. Les cotisations sont calculées en pourcentage des salaires bruts jusqu'à un plafond de revenu. Ce plafond détermine non seulement la contribution maximale, mais également la possibilité d'opter pour une assurance privée. Les cotisations sont perçues mensuellement sous forme d'une taxe sur salaires, versées par les employeurs

(Schneider, 1995, 308). Les membres de la famille « époux et enfants » sont, en règle générale, également pris en charge par l'assurance maladie sans contribution supplémentaire.

### **3.Le système de sante Britannique : « modèle beveridgien »**

#### **3.1. Présentation rapide du système de santé Britannique**

**Tableau n° 2 : Indicateurs sociaux sanitaires de la Grande Bretagne**

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Nombre d'habitant en millier	64 602,3	65 116,2	65 611,6	66 611,6	66 460,3
Dépense de santé en % du PIB	10.0	9.9	9.9	9.8	10.0
Dépenses de santé publiques en% du PIB	7.9	7.9	7.9	7.7	7.8
Dépense de santé privées en% du PIB	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6
Assurance maladie privée en % de la population totale	10.4	10.5	10.4	10.4	10.4
Espérance de vie à la naissance	81.4	81	81.2	81.3	81.3
Mortalité infantile « pour 1000 naissances vivantes »	3.9	3.9	3.8	3.9	3.9

**Source:** réalisé par nos soins sur la base des données extraites de OECD.SAT, le 25/06/2020. OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris.

Le NHS- service public de la santé la Grande Bretagne est née en 1948, comme pilier du welfare state, ou état providence mis en place par le gouvernement travailliste de l'après-guerre. Ce fut pendant la seconde guerre mondiale que le gouvernement de coalition nationale a demandé à une commission, sous la responsabilité de l'économiste et universitaire William Beveridge, de faire le bilan des systèmes de couverture médicale et sociale qui existaient dans le pays. Le Beveridge reporta recommander la mise en place des systèmes nationaux assurant une couverture sociale et médicale pour tous les citoyens "from the cradle to the grave" du berceau au tombeau.

Au début, le nouveau National Health Service « NHS » offrait une couverture médicale entièrement gratuite pour tous sans critère de sélection ni de condition de cotisation. Les cotisations forfaitaires payées par tous ceux qui travaillaient « appelées national insurance contributions » étaient sensées contribuer essentiellement au financement de la santé.

Le service de santé étant financé directement sur le budget général de l'Etat, et non sur le budget particulier. Il ne pouvait pas tourner à perte, ni connaître de "trou". La Grande Bretagne a été ainsi le premier pays au monde à proposer à ses citoyens ce genre de service public de santé entièrement gratuit et ouvert à tous.

## Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?

---

Toutefois, même financé directement par l'Etat, le système a dès le départ coûté plus cher que prévu, et il n'a fallu au gouvernement travailliste que trois ans pour remettre en cause le principe de la gratuité totale. En 1952, le nouveau gouvernement conservateur a introduit la première prescription charge, ou forfait par médicament prescrit-la consultation chez le médecin ainsi que les soins à l'hôpital, sont restés gratuits mais d'autres services comme les soins dentaires ou ophtalmiques sont devenus partiellement payants : dans l'ensemble, la situation reste la même. Hospitalisation et consultation chez le généraliste gratuite, médicaments, soins dentaires ou ophtalmiques payés-dans des proportions variables- par le patient.

Les soins sont gratuits pour toute la population ainsi qu'aux résidents étrangers réguliers.

L'offre de soins est organisée autour du Hospital and Community Health services HCHS « structures hospitalières » et du familyhealth services FHS « médecine ambulatoire ».

Les médecins spécialistes exercent en milieu hospitalier ; le médecin généraliste, General practitioner « ou médecin de famille » est le trait distinctif principal de l'organisation du système de soins Britanniques et il en constitue la pierre angulaire.

Chaque médecin généraliste a une liste de 1500 à 2000 personnes en moyenne. Il a un rôle de soins mais aussi de promotion de la santé « consultation contre le tabac, éducation des dialectiques... ». Il a une fonction de « GateKeeper » et régule de fait l'accès à la médecine spécialisée. Les patients doivent d'abord le consulter pour accéder au spécialiste ou à l'hôpital. Le patient ne peut être pris en charge directement par l'hôpital que dans le cadre de l'urgence (Laplace et autres, 2002, P 45-56).

Il y a deux grandes formules pour rémunérer les généralistes. 85% des généralistes sont des indépendants, et les deux tiers d'entre eux exercent selon les termes du contrat national de services médicaux généraux « GMS », négocié entre le département of Health et le syndicat des médecins « British Medical Association ». Ce contrat spécifie dans les détails les conditions de la rémunération des généralistes, avec une rémunération à la capitation\* pour les services de base, dans les centres de consultation de jour, par exemple, et une rémunération additionnelle pour des services supplémentaires, outre un système de prime qui doit garantir la qualité des soins primaires qui représentent en moyenne 25% environ des revenus du praticien (études économiques de l'OCDE « n°9 », 2009, P108). Les 15% restants des Généralistes sont salariés du groupement de soins primaires (PCT)\*\* local.

En Angleterre, la majeure partie des soins sont dispensés par le NHS. Il existe toutefois un secteur dit « privé » de taille modeste, il n'en occupe pas moins une place non négligeable, surtout dans le domaine de la chirurgie non urgente. Près de 11% de la population du Royaume-Uni est couverte par une assurance maladie privée (Mason et Smith, 2006, P 266). La souscription d'une assurance privée par l'intermédiaire de l'employeur ou

---

\* Il s'agit d'un versement trimestriel calculé pour chaque patient en fonction de l'âge, le Taux de mortalité du secteur, et des indicateurs socio-économiques « niveau de pauvreté dans la région, chômage... ».

\*\* Les PCT organisent les soins primaires dans le cadre de cabinets de généralistes au niveau local qui sont un aspect majeur du NHS.

individuellement, est la plupart du temps, motivée par la volonté d'éviter les longs délais d'attente imposés par le NHS.

### **3.2. L'organisation actuelle de NHS**

Entre 2000 et 2008, les dépenses totales de santé par habitant, en termes réels, ont augmenté en Angleterre sensiblement plus vite que la moyenne des autres pays de l'OCDE (+5.3% en moyenne par an contre +4.1%) (Les comptes de la sécurité sociale-juin 2014). Elles ont ensuite diminué de -1.8% en moyenne par an entre 2009 et 2011 alors que la moyenne des pays membre a augmenté de 0.2% sur cette période. Dans un contexte financier contraint par le programme Quality, innovation, productivity and prevention (QIPP), la loi sur la santé et les services sociaux, the health and social care act, portant réforme du système de santé, est adoptée le 27 mars 2012. Cette réforme, qualifiée de la plus importante depuis la création du National health service « NHS » en 1948, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2013. Elle tente de concilier les progrès engendrés par la refonte structurelle du système et de la logique de déconcentration de la gestion de l'enveloppe de soins.

A la base de réforme se trouve la volonté de contrôler les dépenses de santé et de renforcer le rôle des professionnels tout en garantissant l'efficacité et la qualité des prestations. La complexité accrue des traitements et des besoins de soins, de même que l'augmentation de la demande de soins, induit notamment par le vieillissement de la population, impliquant de trouver une équation qui permette de concilier ces données avec la problématique de la maîtrise des coûts de santé.

Le système de santé doit s'adapter aux nouveaux besoins de la population en termes de soins et de prise en charge. A cette fin, le gouvernement de coalition a fait le choix de mettre l'accent sur les mécanismes concurrentiels et une plus grande libéralisation du marché des soins de santé.

Cette réforme repense les structures de gestion existantes et introduit une logique globale de marché. Elle se traduit de manière générale par une réforme de la régulation au travers d'une réorganisation des pouvoirs de gestion administrative et financière et d'un contrôle de la qualité et des prix. Elle passe par une répartition claire des responsabilités et une mise en exergue de la capacité de choix du patient. Sur ce dernier point, elle fait le lien entre la satisfaction de l'intérêt supérieur des patients et la garantie d'une liberté de choix indirecte comme instrument de maximisation de leur utilité personnelle et incitation au progrès clinique.

Sur le plan institutionnel, la réforme vise notamment à répondre aux critiques portant sur l'immobilisme et l'organisation managériale très hiérarchisée du système. Elle s'appuie sur une profonde refonte structurelle du système de santé anglais « figure ci-dessous » qui gère près de « 116,7Md € » du budget total de la santé, est créé en tant qu'organisme indépendant du département of health. Son rôle principal est d'assurer un leadership national pour améliorer la qualité des soins et les résultats de santé des résidents.

Le NHS England a ainsi autorisé sur les 211 ClinicalCommissioning Groups (CCG) qui remplacent les 152 groupements de santé locaux, les primary care trusts (PCT) et les 10 autorités de santé stratégique régionales, les StrategicHealthAuthorities « SHA », ancien sont chargées de l'achat et la planification de soins pour leur population. Ces CCG sont des consortiums qui regrouperont les médecins généralistes et le personnel médical et sont chargés de gérer les commandes « commissioning » en matière de soins secondaires et de

## **Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?**

---

services communautaires « community services » afin de les adapter aux besoins des populations locales (Loannisianos, Laure pubert, 2012). L'achat des soins se fait par contractualisation avec des prestataires publics « NHS trusts ou foundation trusts » ou privés.

En outre à partir de 2014-2015, un système de « primes à la qualité » d'un montant maximum de 5£ par personne est mis en place par le NHS England afin de récompenser financièrement les CCG qui ont obtenu des améliorations dans les services de santé qu'ils achètent ainsi que des améliorations en termes de résultats de santé et de réduction des inégalités<sup>\*\*</sup>.

La loi élargit également les fonctions de l'organisme de régulation existant, le monitor, organisme gouvernemental non ministériel, et devient le régulateur économique par excellence avec comme mission de protéger l'intérêt des patients et de contrôler les fondations hospitalières quasi autonomes « NHS foundation trusts » et le secteur indépendant. Le monitor exercera une fonction d'appel pour toutes les questions se rapportant aux soins de santé primaires « primary care commissioning ».

Les fonctions principales du monitor sont celles des autorités sectorielles classiques de régulation, à savoir le contrôle de l'entrée sur les marchés primaire et secondaire des soins de santé « même si aujourd'hui la plupart des prestataires s'y trouvent déjà », le contrôle des prix, par le biais d'un tarif national, la promotion de la concurrence par la qualité des soins ainsi que le devoir d'assurer la continuité du service.

La régulation économique est aussi accompagnée d'un dispositif de régulation de la qualité par l'intermédiaire de la commission de qualité des soins, un autre organisme public non départemental qui travaillera de concert avec les instituts locaux de ville « 152 » sanitaire healthwatch, lesquels sont chargés de surveiller les CCG avec l'aide des conseils locaux pour la santé et le bien-être.

Cependant, la complexité de la nouvelle gouvernance fait craindre une aggravation de la fragmentation de l'offre plutôt que la simplification recherchée. En particulier, la réforme n'a pas abordé le problème de la coordination entre l'activité de soins, qui relève du NHS, et le secteur médico-social, qui dépend des collectivités locales. Par ailleurs, le problème de la compétence en matière de santé publique-qui est répartie entre le public Health England au niveau national et les collectivités locales- alors même que la prévention est une priorité de la réforme, peut également être soulevé. En outre, plus de 90% des praticiens anglais sont opposés à cette réforme qui leur demande de gérer eux-mêmes les budgets décentralisés, d'acheter et de rationaliser les soins pour le compte de leurs patients.

---

\*Les critères retenus sont notamment la réduction de la mortalité prématurée, l'amélioration de l'accès aux psychothérapies, la réduction du nombre d'admission évitables à l'hôpital, l'amélioration du reporting des accidents médicamenteux

#### 4. Le système de santé Américain : « le modèle libéral »

##### 4.1. Présentation rapide du système de santé Américain

**Tableau n° 3 : Indicateurs sociaux sanitaires de L'Amérique**

	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre d'habitants en millier	318 301	320 635,2	322 941,3	324 985,5	326 687,5
Dépenses de santé en% du PIB	16,4	16.7	17	17	16.9
Dépenses de santé publiques en% PIB	13.8	14.1	14.4	14.4	14.3
Dépenses de santé privées en % PIB	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8
Assurance maladie privée en % de la population totale	61.6	62.9	63	62.9	62.7
Espérance de vie à la naissance	78.9	78.7	78.7	78.6	78.7
Mortalité infantile « pour 1000naissances vivantes »	5.8	5.9	5.9	5.8	-

**Source :** établi par nos soins sur la base de données extraite de l'OECD.STAT. le 25/06/2020. OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris.

Le système de santé américain se caractérise à la fois par un volume de dépenses record et une architecture singulière, à la fois fragmentée « Le monde de couverture varie en fonction de l'âge ou de la situation économique » à dominante privée.

L'assurance publique se limite aux populations a priori les plus fragiles : les personnes âgées ou souffrant d'un handicap sont couvertes par le programme Medicare tandis que les ménages à bas revenus bénéficient du programme Medicaid. Du point de vue du financement des dépenses de santé, les Etats Unis constituent, en conséquence, une exception au sein de l'OCDE « avec le Mexique et la Corée », présentant une contribution du secteur public inférieur à 50% (Jean-Mare, 2007, P4).

Le constat qui nous semble le plus frappant quand on examine le système de santé est le fait qu'il soit le plus grand fournisseur d'emplois dans le pays : il concentre les effectifs des professions de santé suivants : 730.801 médecins, 463.663 dentistes, 249.642 pharmaciens et 2.669.603 infirmiers (world healthstatistics, 2008).

Les médecins jouissent, comme en France, de la liberté d'installation et de prescription sauf les recommandations plus au moins contraignantes de certains organismes de tutelle, « HMO, Managed Care Organisation ». Les praticiens de la médecine ambulatoire exercent soit en cabinet à titre individuel soit en cabinet de groupe. Mais la grande majorité sont des contractuels avec une ou plusieurs MCO.

## Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?

---

### 4.2. Le fonctionnement du système de santé américain

Les deux tiers des américains possèdent une assurance privée qui est fournie par l'employeur. Une assurance publique est aussi disponible pour les personnes de plus de Soixante-cinq ans « Medicare » et pour ceux qui ont de faibles revenus « Medicaid ».

➤ **Medicare** : pour les retraités, le président Johnson, démocrate par un fin manœuvrier Parlementaire, réussit en 1965 à faire voter le congrès une loi dont le projet avait été annoncé par son prédécesseur, le président Kennedy, avant son assassinat.

Cette loi instaure une assurance maladie collective publique obligatoire, financée par une taxation des entreprises assise sur les salaires, payée moitié par les entreprises, moitié par les salariés eux-mêmes, complétée par un financement fédéral : c'est le programme Medicare (Prieur, 2011, 267).

➤ **Medicaid** : second programme public, Medicaid est un programme fédéral qui définit un panier minimal couvert et une population minimale concernée : ce sont les bénéficiaires des aides sociales des Etats, c'est-à-dire ceux qui ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté, lequel a une définition fédérale et une définition dans chaque Etat.

Medicaid est financé à la fois par l'Administration fédérale et par les Etats. La participation de l'administration fédérale est modulée en fonction du niveau de revenu de chaque Etat ; elle varie entre 50 et 83% du total des dépenses, les Etats les plus pauvres bénéficiant du financement fédéral le plus important (Chamorand, 1996, P).

Si Medicare et Medicaid ont indéniablement amélioré la situation des personnes âgées et de certaines catégories des pauvres, ces réformes n'en représentent pas moins un recul par rapport au système d'assurance maladie obligatoire. En effet, tous les américains n'ont pas d'assurance maladie comme ceux qui ne sont pas assurés grâce à leur emploi et qui ne peuvent souscrire une assurance privée dont le prix est exorbitant quand ils n'en sont pas exclus pour raison médicale.

Même si une partie des sources de financement est publique « fédérale ou des Etats », la majorité des acteurs sont privés. Cette tendance a été renforcée au début des années 70 avec la mise en place des HMO, Health Maintenance Organizations et les réseaux de soins coordonnés. Ils appartiennent désormais à l'ensemble plus vaste des systèmes de soins collectifs mais toujours privés, « les Managed Care Organizations » (Brathlon, 2000, P16).

Les Managed Care Organizations « MCO » modèle dominant aux Etats-Unis, sont des réseaux de soins coordonnés mis en place pour répondre aux préoccupations des employeurs face au coût de l'assurance maladie qui cumulent des fonctions d'assurance et de soins. Ils sont basés sur un partenariat entre financeurs et fournisseurs de soins (Gabvis-Narinos, Montélimard, 2009, P311) qui permet d'allouer les ressources de façons optimales. Les professionnels de santé concernés offrent ainsi des tarifs préférentiels en échange d'une fidélisation des clients. Les assurés membres de ces réseaux sont encouragés à consulter parmi ces professionnels conventionnés et l'accès aux soins spécialisés et souvent filtré par le médecin de famille pour des raisons de maîtrise des dépenses.

En conclusion, on peut dire que si l'économie américaine brille par de nombreux aspects « fonctionnement des marchés des biens et du travail, capacité d'innovation, etc. », son système de santé présente, en revanche, des insuffisances sérieuses. Bien plus coûteux

que ceux des autres pays riches, il ne parait pas pour autant plus efficient que la moyenne. Les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité infantile sont peu flatteurs. De surcroit, la croissance des dépenses de santé, nettement plus rapide que celle du PIB « aux Etats-Unis comme ailleurs », promet de rendre les inefficiences et problèmes budgétaires à l'œuvre encore plus pénalisants à l'avenir « pour le secteur public, les ménages comme les entreprises ».

## **5. Système de santé Français : « le modèle mixte »**

### **5.1. Présentation rapide du système de santé Français**

**Tableau n°4 : indicateurs sociaux sanitaires de la France**

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Nombre d'habitants en Millier	66 312,1	66 548,3	66 724,1	66 864,4	66 965,9
Dépenses de santé en % du PIB	11.6	11.5	11.5	11.4	11.3
Dépenses de santé publiques en % PIB	8.9	8.8	9.6	9.5	9.4
Dépenses de santé privées en % PIB	1.6	1.6	0.8	0.8	0.8
Espérance de vie à la naissance	82.3	82.8	82.4	82.7	82.8
Mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes.	3.5	3.7	3.7	3.9	3.8

**Source :** établi par nos soins sur la base de données extraites de l'OECD.STAT. le 15/06/2020. OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris.

Ce système visait, comme le système beveridgien :

- *L'universalité* : en s'appliquant progressivement à toutes les professions jusque-là couvertes par leurs propres caisses : artisans, agriculteurs, professions indépendantes, etc., et aux individus volontaires ne percevant pas de revenus de son travail, mais le projet n'est pas achevé,

- *L'uniformité* : en servant des allocations familiales, en remboursant les soins..., sans distinction de revenus. Mais ils ont introduit par la suite des modifications « ticket modérateur, quotient familial... »,

- *L'unité* : avec un organisme financier commun aux quatre branches du régime général « maladie et maternité, accidents du travail, retraites, allocations familiales » mais l'assurance chômage ne relève pas de la sécurité sociale.

Le système de sécurité sociale français emprunte plus d'éléments au modèle Bismarckien qu'au modèle Beveridgien, même si les principes de ce dernier ne sont pas niés. Ainsi, l'universalisme est recherché mais en se fondant sur la généralisation de la sécurité sociale et en se basant sur le postulat que le salariat sera la norme et qu'à travers lui, tous les individus bénéficieront d'une protection sociale, soit directement en cotisant, soit au travers du statut d'ayant droit.

### **5.2. Organisation du système de santé en France**

Les politiques sanitaires sont adoptées et mise en œuvre aussi bien au niveau national qu'au niveau local selon les prérogatives dévolues à chaque instance.

## Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?

❖ *Au niveau national* l'administration du système de santé revient à l'Etat, garant de l'intérêt public de la promotion et de la protection de la santé de la population. Trois Ministères au moins interviennent dans l'élaboration des politiques de santé, le Ministère de la santé, le Ministère du travail, le Ministère des comptes publics. Le parlement détient depuis 1996 des prérogatives dans la détermination des objectifs de dépenses de santé en adoptant les lois de financement de la sécurité sociale « LFSS » (Brahamia, 2010, P195).

❖ *Au niveau régional* :

La loi du 21 juillet 2009 a réorganisé le paysage régional et départemental par la création des ARS.

- Les Agences Régionales de santé «ARS »; sont des entités régionales uniques du service public de la santé. Créées début 2010, elles regroupent sept organismes auparavant chargés des politiques de santé dans les régions et les départements .

- Conférences régionales de santé : créées par la loi du 09 août 2004, organisées par les ARS, elles déterminent les priorités de santé publique de la région dont elle a la charge et définit les besoins en moyens humains, matériels et autres en vue d'améliorer la santé des habitants.

❖ *L'échelon territorial* :

Depuis la loi HPST, le territoire est un nouveau découpage juridiquement applicable à toutes les activités de soins et à tous les équipements : il s'agit d'une étendue géographique où la population résidente est censée disposer d'une offre de soins de qualité.

### 5.3. Principales réformes du système de santé français :

Les hôpitaux français ont connu depuis trente ans un très grand nombre de réformes. Elles ont été engagées par tous les gouvernements, quelles que soient leurs orientations politiques, dans une direction immuable : la maîtrise des dépenses de santé. Citons ici quelques étapes importantes de ce flot continu de réformes : lancement du projet de médicalisation des systèmes d'information en 1982 «qui deviendra ensuite PMSI », l'instauration d'un forfait journalier en 1983, l'apparition des contrats d'objectif et de moyens en 1991, le plan hôpital 2007 lancé en 2003 qui crée les pôles hospitaliers d'activité, l'état des prévisions de recettes et de dépenses et la tarification à l'activité « T2A », la simplification du régime juridique des établissements de santé en 2005 ou dernièrement la loi hôpital, patient, santé et territoire en 2009 (Guillaume, 2011, P10). Nous essayons ainsi d'expliquer les plus récentes :

▪ **2009-loi HPST-** loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires « HPST », a pour ambition de réformer en profondeur l'organisation sanitaire. L'objectif affiché par le gouvernement était de « garantir pour l'avenir l'accès à des soins de qualité pour tout le territoire » et peut « mieux répondre aux besoins de santé de la population » (Couty et autres, 2012).

La réforme de l'hôpital telle qu'envisagée, privilégie une réforme de gouvernance plutôt que de poser une approche globale et cohérente. Elle envisage une triple concentration : régionale, avec la création des ARS « Agences Régionales de Santé » ; local avec la mise en place des CHT « Communautés Hospitalières de Territoire » ; interne avec le renforcement du pouvoir du directeur dans un directoire resserré et un conseil d'administration dépossédé de ses capacités de décision au profit d'une fonction de « surveillance » (LibleyEurotext, 2009, P 117).

▪ **2016-loi LMSS** : loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

Un des objectifs de la loi de modernisation du système de santé « LMSS » est de développer l'approche territoriale de la santé des populations. Un des outils de cette politique territoriale est la création de GHT « Groupement Hospitalier de Territoire ». Organisés autour d'établissement support, 135 GHT vont organiser l'offre de soins publique, mais aussi le maillage avec l'offre de soins de premier recours pour une population de 500 000 habitants en moyenne (Haut Conseil de santé Publique, 2016).

## **6. Analyse comparative des systèmes de santé**

Il est intéressant de souligner que tous les pays étudiés utilisent plus d'une approche. Ainsi dans certains cas, on retrouve une participation de l'utilisateur aux dépenses pour atténuer les incitations à la consommation alors que, dans d'autres cas, les modèles volontaires continuent de côtoyer les modèles publics. Il arrive aussi que parmi les modèles obligatoires, le modèle public avec contrat cohabite avec le modèle public intégré.

On remarque que certains pays adoptent des approches innovatrices. C'est le cas du Royaume-Uni où l'on expérimente l'introduction de différentes formes de compétition inspirées du secteur privé à l'intérieur du système public afin d'assurer un certain niveau de compétition entre les pourvoyeurs de services. Aux Etats-Unis, de nouvelles formules de services intégrés sont développées afin de contrôler les coûts.

Par ailleurs, l'Allemagne n'offre pas une couverture publique universelle alors que les mieux nantis sont libres de s'assurer ou non avec le système public. Aux Etats-Unis, la grande majorité des citoyens sont couverts par le secteur privé alors qu'une importante proportion de la population n'a aucune assurance et que les moins nantis sont souvent laissés pour compte.

De plus, le système américain est de loin le plus coûteux. L'augmentation des coûts, qui a triplé entre 1960 et 1994, y est plus importante que dans les pays européens où elle n'a que doublé au cours de la même période.

Une analyse comparative des modèles de réformes des systèmes de santé a été effectuée selon des critères suivants: le niveau général de santé de la population (indicateurs QALY (*Qualityadjusted life year*) et DALE (*Disabilityadjusted life expectancy*)), la capacité de réaction aux préférences de la population (indicateur intégré qui inclus l'accès, l'égalité, la qualité et la sécurité des soins etc.), ainsi que la protection financière proposée par le système (le niveau des dépenses totales, de l'État et privées de santé) et la productivité de ce dernier. Les résultats d'analyse sont présentés dans le tableau récapitulatif.

## Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?

**Tableau n°5 : Classement récapitulatif des pays selon l'efficacité de leurs systèmes de sa**

Pays	Classement de l'OMS (2000)	Classement Bloomberg (2014)	Classement Common wealth Fund (2014)	L'espérance de vie à la naissance (année)	Dépenses totales de santé (% du PIB)	Dépenses en santé par habitant (US \$ PPA)	Type de système de santé
Grande-Bretagne	18	10	1	81,5	9,4	3,647	Beveridgien
Allemagne	25	23	5	80,9	11	4,683	Bismarckien
États-Unis	37	44	11	78,7	17,2	8,895	Privé
France	1	8	9	82,6	11,8	4,690	Mixte

**Source:** réalisé par nos soins sur la base du rapport « Health and health systems in the Commonwealth of Independent States »

<https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/107288273>

Selon l'analyse des données du tableau (5), l'obtention du même niveau de santé pour la population exige des pays avec un modèle de financement privé à dépenser plus de ressources par rapport aux pays avec un modèle bismarckien ou beveridgien. Ainsi, les systèmes de santé de la France ou de Grande-Bretagne sont plus efficaces alors que les États-Unis occupent les dernières positions avec des dépenses de santé par habitant les plus élevées dans le monde.

Dans le même temps, il est extrêmement difficile de déterminer l'avantage du modèle de financement bismarckien sur le modèle beveridgien ou l'inverse : les deux modèles sont confrontés au problème de la croissance forte des dépenses totales et essaient de les optimiser sans réduire la qualité et l'accessibilité des soins de santé.

En dépit de différences des systèmes de santé, les mécanismes communs des réformes ont été relevés : mise en place du principe de libre choix du consommateur, la définition des financeurs comme les acheteurs informés des services médicaux, nouvelles formes d'interaction avec les prestataires de soins de santé.

Les résultats de la mise en place des réformes ont été assez vagues sous l'influence des conditions réelles de fonctionnement de l'économie et la situation politique dans les différents pays. L'objectif principal des réformes des pays européens et des États-Unis est l'augmentation de l'efficacité de la gestion, la maîtrise des dépenses, le renforcement de la responsabilité financière et de la transparence des établissements de santé et des médecins libéraux, l'amélioration de l'interaction et de la concertation entre les soins de ville, le secteur hospitalier et les professionnels de santé.

### **7. Les enseignements tirés pour la modernisation du secteur de santé algérien**

Le système de santé algérien est structuré sous une forme pyramidale aux niveaux hiérarchiques multiples. La manne financière et l'amélioration de la situation économique en Algérie ont fait que le secteur de la santé s'est considérablement agrandi en termes d'infrastructures, de formation de personnel, de salaires, d'équipements... Le budget alloué

au secteur de la santé en 2019 est de 398,97 milliards de dinars. Il vient à la troisième place après celui de la Défense et de l'intérieur. Malgré l'atout dont dispose le secteur de la santé, il reste perfectible au niveau de l'organisation, de financement et de gestion.

Le talon d'Achille du secteur public de la santé réside particulièrement dans son mode de gestion. Ceci dit, les problèmes d'organisation et de financement ne sont pas en reste. Ces contraintes touchent toute la hiérarchie.

En général, ces contraintes sont dues au pouvoir central tutélaire qui répartit les budgets de fonctionnement inadaptés et en deçà des besoins exprimés. Quant au personnel de santé et autres gestionnaires, rien ne peut être décidé, voire initié, sans l'aval du département ministériel en charge de la santé ni en matière de recrutement ni en matière de promotion ni encore en matière de formation. Tout ceci est le fait du carcan des dispositions réglementaires contraignantes et d'un regroupement des pouvoirs aux mains du dit département ministériel, en bref, à une gestion bureaucratique.

Donc, la question se pose d'elle-même et consiste à se demander si on peut ignorer la nécessité d'une autonomie de gestion et continuer à tout décider au niveau de l'administration centrale. Comment peut-on continuer à l'orée du troisième millénaire à pratiquer un modèle de gestion centralisé et désuet dans les hôpitaux ? Comment traiter sur un même pied d'égalité des personnes de niveaux sociaux diamétralement opposés en matière de soins ?

Même si la gratuité des soins semble être une bonne et louable chose en soi, décidée dans le cadre d'une politique protectionniste et d'aide sociale, la question demeure toujours posée quant à savoir si cette gratuité rime avec efficacité. La réponse est qu'il reste beaucoup à faire face à certains dysfonctionnements des hôpitaux.

Devant ce constat, les pouvoirs publics ont entamé une série de réformes du système de santé pour y remédier. Ils se sont mis à promouvoir activement et sans répit la santé publique et à apporter des améliorations aussi bien au niveau du personnel soignant qu'au niveau des infrastructures sanitaires dans la perspective d'une meilleure prise en charge du patient. Hélas, la réforme hospitalière en Algérie, entamée en 2002, n'a pas atteint les objectifs escomptés et a un goût d'inachevé. Donc, il va falloir revoir la copie de cette réforme. Et ce n'est pas en légiférant sûr de nouvelles dispositions qu'on va résoudre ce problème. Donc, il ne faut pas trop s'attendre aux miracles avec la récente et dernière loi N° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé.

Nos ressources proviennent essentiellement de la manne pétrolière et notre système de santé dépend dangereusement de celle-ci. Par voie de conséquence, l'instabilité de ce système de santé est fonction de la fluctuation des cours des hydrocarbures ; ce qui amène à prendre courageusement les décisions politiques courageuses qui s'imposent.

L'État n'a qu'à s'aligner nécessairement sur ce qui se fait ailleurs, c'est-à-dire rénover la politique sanitaire dans le bon sens.

La politique de santé doit aller au fond des choses, à l'essentiel, au lieu de rafistoler et de bricoler. Elle doit, notamment, inclure le statut des établissements sanitaires, le financement du système de santé et la gestion du personnel de santé.

## **Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?**

---

L'aspect financier demeure le nerf de la guerre du système de santé au regard des dépenses que cela induit partout dans le monde à cause de la démographie galopante, des besoins des populations sans cesse grandissants et des épidémies. L'État algérien est connu pour sa politique de pourvoyeur de fonds à destination des structures de santé, mais il le fait mal. Aussi, est-il plus approprié que l'aide aille directement aux plus démunis par le biais des centres de soins de proximité et de disponibilités financières arrêtées minutieusement par programmes de prévention. Les soins gratuits ne sont pas si gratuits qu'ils n'y paraissent si on prend en considération les frais occasionnés tels que le transport, la restauration, les examens... Surtout pour ceux qui se déplacent de loin.

On ne le répétera jamais assez, l'Etat ne doit pas intervenir directement en offrant lui-même des soins, mais gagnerait à se contenter de payer ces soins pour les plus démunis et de s'occuper des programmes de prévention.

La nouvelle loi sanitaire N° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé. Cette loi ne doit pas uniquement « corriger » la loi N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, mais devait avoir une valeur prémonitoire, visionnaire des événements à venir. C'est la condition sine qua non pour que cette loi permette à prendre la mesure des réformes, des opportunités, des enjeux et des contraintes dans les deux décennies à venir. Cette loi a manqué l'occasion d'introduire des dispositions et des règles impératives obligeant les responsables des structures hospitalières à rendre compte des ressources allouées par rapport aux prestations effectuées et à la gestion de ces structures en général. L'amélioration des performances du système de santé n'est pas une affaire de chiffre et de quantité en termes de ressources humaines ou de moyens techniques ou de dotations budgétaires, mais plutôt en termes d'efficience. Ce sont les notions de responsabilité et de performance qui doivent prévaloir.

La contractualisation, la communication et la modernisation de la gestion et de l'organisation de nos établissements de santé sont incontournables pour réussir la réforme hospitalière en Algérie. Toutefois, sans une mesure appropriée du « produit » des soins médicaux, « concurrence » et « efficacité » resteront des slogans vides de sens.

La modernisation du secteur public algérien doit impérativement passer par les ressources humaines où le recrutement et la formation doivent être de la compétence des décideurs au niveau des hôpitaux et au niveau local. Le financement est, quant à lui, une affaire d'environnement social synonyme de protection sociale amenant à la contractualisation. S'agissant de la communication, celle-ci doit se faire au mieux possible entre les acteurs au sein même des établissements hospitaliers et dans le cadre de la relation tutelle- personnels hospitaliers. Au registre de la gestion et de l'organisation, il faut impérativement mettre à contribution tous les acteurs à tous les niveaux de la hiérarchie et par nature de profession et de métier. Par ailleurs, il faut adopter et user de nouvelles procédures et outils de gestion, à savoir l'évaluation, du projet de l'établissement, pour avoir les indicateurs nécessaires qui nous permettent d'établir une bonne gestion hospitalière.

## **8. Conclusion**

La politique de la gratuité des soins n'est pas sans conséquence sur le budget de l'Etat (gaspillage, absence de comptabilité précise...). Les ressources budgétaires s'amenuisent proportionnellement à la croissance, voire, à l'explosion démographique. Le pays qui a alloué de fortes ressources durant la période faste des années 70, ne dispose plus des mêmes facilités de mobilisation.

La crise économique que traverse l'Algérie et les multiples transitions, qui ont impliqué une augmentation tendancielle des dépenses de santé, doivent amener l'Etat à procéder à la débudgétisation, c'est-à-dire à un désengagement total de la gestion et du financement des hôpitaux et des structures légères (les polycliniques sont assimilées à des hôpitaux du jour).

L'Etat devrait se délester de la gestion directe des finances de la santé publique et devrait en charger d'autres entités : le département des affaires sociales aurait à s'occuper des couches démunies et des services en charge de la sécurité sociale des personnes affiliées à leurs différentes caisses et à leurs ayants droit. Assurer un financement perpétuel n'est certainement pas la bonne solution.

L'Etat devrait plutôt aider les plus démunis par le biais des structures légères (centres de santé et salles de soins et de consultations...) en les dotant d'un budget qui leur serait individuellement et exclusivement alloué suite à un programme de prévention préalablement arrêté. Les communes et les wilayas en assureraient la tutelle, donc le financement du fonctionnement. Il y va de l'intérêt de la population locale en matière de santé. Donc, supporter le coût des soins de cette population locale par la collectivité locale dans un élan de solidarité est loin d'être improductif. L'Etat doit supporter financièrement l'acquisition des soins et des programmes de prévention au profit des plus démunis plutôt que de les produire.

Il faut admettre que la santé a un prix et représente un coût qui doit rester supportable par la communauté. Dans un système de santé solidaire.

## **Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé Algérien ?**

---

### **9. Références**

Auger J. (1999), une Approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays « Allemagne, Etats-Unis, France, Royaume uni », observatoire de l'administration publique, ENAP, coup d'œil, Avril, volume 5, N°1.

Brahamia B. (2010), Economie de la santé ; évolution et tendances des systèmes de santé, Bahaeddine Edition, Constantine-Algerie.

Brathlon E.(2000), Une lecture européenne du système de santé américain , conjoncture, février.

Chamorand E. (1996), Le système de santé Américain, poids du passé et perspectives, les Etudes de la documentation française, paris.

Couty E. (2012), Camille Kouchner, Anne Laude et autres, La loi HPST, droit& santé, presses de l'EHESP.

Eisenberg E. (2007), Le système de santé en France et en Allemagne, Institut Euro, septembre.

Gabvis-Narinos.F, Montélimard.M. (2009), Le système de santé des états unis, pratiques et organisations des soins, Vol40.

Guillaume C. (2011), De nouvelles pistes dans le management des réformes publiques, vie& sciences de l'entreprise, N° 189.

Haut Conseil de santé Publique. (2016), Groupements hospitaliers de territoire et santé publique : un enjeu de la loi de modernisation de notre système de santé, communiqué de presse, lundi 24 octobre 2016.

Jean-Mare L. (2007), système de santé Américain : pronostic vital réservé « sans intervention », conjoncture, janvier.

Laplace.L, Kamendje.B, Nizard.J et autres. (2002), « Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90 », santé publique, 14.

Le NHS : bilan de santé économique. (2009),Etudes économiques de l'OCDE « N°9 », Chapitre 3.

LibleyEurotext.J. (2009), Contribution à la réflexion sur la réforme de l'hôpital ; à-propos des limites de la loi HPST, l'information psychiatrique, volume 85, p117.

Loannislianios and laure pubert, « the english patient » -réforme de la régulation du système britannique de santé, centre for law, economics and society, clesworkingpaperseries.

Les comptes de la sécurité sociale, juin 2014.

Mason.A, Smith.p.(2006), le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs , revues françaises des affaires sociales, N°2-3.

OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris.

Prieur.C .(2011), la réforme du système de santé Américain , pratiques et organisation des soins, vol42, P 267.

Schneider M. (1995), « le financement de l'assurance maladie en Allemagne », revue d'économie financière, N° 34.

Szecsényi J. (2010), programmede disease management et organisation des soins primaires en Allemagne, revue Française des Affaires Sociales, N°3.

World health statistics.(2008), Geneva.