

## **Efficacité et Équité dans l'Accès aux Soins : Vers un Équilibre Durable pour les Systèmes de Santé**

Efficiency and Equity in Healthcare Access: Towards a Sustainable Balance for Health Systems.

Auteur 1 : ERRABAI Mouhsine.

**ERRABAI Mouhsine** Docteur en Sciences économiques et Gestion  
Université Hassan II, Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales Mohammadia. Maroc  
Laboratoire de recherche : Régulations Economiques et Intelligence Stratégique (REIS).

**Déclaration de divulgation** : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

**Conflit d'intérêts** : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

**Pour citer cet article** : ERRABAI .M (2024) « Efficacité et Équité dans l'Accès aux Soins : Vers un Équilibre Durable pour les Systèmes de Santé », African Scientific Journal « Volume 03, Numéro 26 » pp: 1478 – 1504.

**Date de soumission** : Septembre 2024

**Date de publication** : Octobre 2024



DOI : 10.5281/zenodo.14623462

Copyright © 2024 – ASJ



## Résumé

L'équité dans l'accès aux soins, en conjonction avec l'efficacité des systèmes de santé, représente un défi fondamental pour les sociétés contemporaines, confrontées à des ressources limitées et à des pressions financières croissantes. Cet article propose une analyse théorique et conceptuelle visant à explorer les dynamiques entre efficacité économique et exigence éthique d'équité dans les politiques de santé. S'appuyant sur un raisonnement abductif et une approche méthodologique intégrant des perspectives issues de la littérature et des études de cas internationaux – couvrant les modèles Beveridge, Bismarck, ainsi que les systèmes mixtes –, l'étude met en lumière les interactions complexes et parfois paradoxales entre ces deux principes.

Les conclusions principales révèlent que, malgré les tensions inhérentes entre équité et efficacité, des approches hybrides de financement et des innovations institutionnelles offrent des voies prometteuses pour atteindre un équilibre dynamique et durable entre ces objectifs. En proposant des orientations stratégiques pour les décideurs, l'article suggère que les systèmes de santé peuvent s'orienter vers des modèles qui intègrent les déterminants sociaux de la santé, optimisant ainsi les effets de l'efficacité sans renoncer aux impératifs de justice sociale. Ces perspectives se veulent une contribution théorique substantielle, offrant aux politiques publiques un cadre de réflexion apte à concilier les aspirations éthiques et économiques au sein des systèmes de santé contemporains.

**Mots-clés** : Efficacité, Équité, Accès aux soins, Politiques de santé, Systèmes de santé, Réformes, Déterminants sociaux de la santé.

## Abstract

Equity in access to healthcare, in conjunction with the efficiency of healthcare systems, represents a fundamental challenge for contemporary societies, faced with limited resources and growing financial pressures. This article proposes a theoretical and conceptual analysis aimed at exploring the dynamics between economic efficiency and the ethical requirement of equity in healthcare policies. Using abductive reasoning and a methodological approach integrating perspectives from the literature and international case studies - covering the Beveridge, Bismarck, and mixed systems models - the study highlights the complex and sometimes paradoxical interactions between these two principles.

Key findings reveal that hybrid financing approaches and institutional innovations offer promising avenues for achieving a dynamic and sustainable balance between these objectives despite the inherent tensions between equity and efficiency. By proposing strategic orientations for decision-makers, the article suggests that healthcare systems can move towards models that integrate the social determinants of health, thereby optimizing the effects of efficiency without abandoning the imperatives of social justice. These perspectives are intended as a substantial theoretical contribution, offering public policy-makers a framework for reflection capable of reconciling ethical and economic aspirations within contemporary healthcare systems.

**Keywords:** Efficiency, Equity, Healthcare Access, Health Policies, Health Systems, Reforms, Social Determinants of Health.

## I. Introduction

L'accès aux soins de santé constitue un enjeu fondamental des sociétés contemporaines, situé au carrefour de considérations économiques, éthiques et politiques. Dans un contexte de ressources limitées et de demandes croissantes en matière de santé, les systèmes de santé du monde entier sont confrontés à un défi de taille : concilier l'efficacité économique avec l'impératif moral d'équité. Cette problématique, loin d'être nouvelle, prend une acuité particulière à l'ère de la mondialisation, des avancées technologiques rapides et des inégalités persistantes en matière de santé<sup>1</sup>.

### 1.1. Contexte et enjeux

Le XXI<sup>e</sup> siècle a vu émerger des défis sans précédent pour les systèmes de santé. Le vieillissement démographique, l'augmentation des maladies chroniques, les pandémies émergentes et les coûts croissants des technologies médicales exercent une pression considérable sur les ressources disponibles<sup>2</sup>. Parallèlement, la prise de conscience croissante des inégalités en santé, tant au sein des pays qu'entre eux, soulève des questions fondamentales sur la justice sociale et le droit à la santé<sup>3</sup>.

Dans ce contexte, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a placé la couverture sanitaire universelle au cœur de ses objectifs, soulignant l'importance d'un accès équitable à des soins de qualité sans risque de difficultés financières<sup>4</sup>. Cependant, la réalisation de cet objectif soulève des questions complexes sur la manière d'allouer efficacement des ressources limitées tout en garantissant un accès équitable aux soins<sup>5</sup>.

### 1.2 Définition des concepts clés

Pour appréhender pleinement la problématique, il est essentiel de définir clairement les concepts d'efficacité et d'équité dans le contexte de l'accès aux soins de santé.

#### 1.2.1. Efficacité

Dans le domaine de la santé, l'efficacité peut être définie à plusieurs niveaux. Au niveau micro-économique, elle se réfère à la capacité d'un traitement ou d'une intervention à produire le

---

<sup>1</sup> Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 72(9650), 1661-1669.

<sup>2</sup> Bloom, D. E., Canning, D., & Fink, G. (2010). Implications of population ageing for economic growth. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 583-612.

<sup>3</sup> Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.

<sup>4</sup> World Health Organization. (2010). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Organization.

<sup>5</sup> Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.

résultat de santé souhaité dans des conditions optimales<sup>6</sup>. Au niveau macro-économique, l'efficacité concerne l'allocation optimale des ressources au sein du système de santé pour maximiser les résultats de santé pour l'ensemble de la population<sup>7</sup>.

Selon Drummond et al. (2015), l'efficacité en santé peut être évaluée selon trois dimensions principales<sup>8</sup> :

- L'efficacité technique : maximiser les résultats de santé pour un niveau donné de ressources.
- L'efficacité allocative : répartir les ressources de manière à maximiser le bien-être global.
- L'efficacité productive : minimiser le coût de production d'un niveau donné de résultats de santé.

### ***1.2.2. Équité***

L'équité en matière de santé est un concept multidimensionnel qui va au-delà de la simple égalité d'accès aux soins. Selon Whitehead (1991), l'équité en santé implique que «idéalement, chacun devrait avoir une chance équitable d'atteindre son plein potentiel de santé et, plus pragmatiquement, que personne ne devrait être désavantagé pour atteindre ce potentiel, si cela peut être évité»<sup>9</sup>.

On distingue généralement deux types d'équité en santé<sup>10</sup> :

- L'équité horizontale : traitement égal pour des besoins égaux.
- L'équité verticale : traitement inégal pour des besoins inégaux.

Dans le contexte de l'accès aux soins, l'équité peut être évaluée selon plusieurs dimensions, notamment l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'acceptabilité culturelle et la qualité des soins reçus<sup>11</sup>.

### **1.3. Problématique et objectifs de l'étude**

La tension entre efficacité et équité dans l'accès aux soins de santé soulève des questions fondamentales : Comment allouer les ressources de santé de manière à maximiser l'efficacité

---

<sup>6</sup> Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press.

<sup>7</sup> Palmer, S., & Torgerson, D. J. (1999). Definitions of efficiency. *BMJ*, 318(7191), 1136.

<sup>8</sup> Drummond et al. (2015), op. cit.

<sup>9</sup> Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.

<sup>10</sup> Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457.

<sup>11</sup> Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162.

tout en garantissant un accès équitable ? Existe-t-il nécessairement un compromis entre ces deux objectifs, ou peuvent-ils être poursuivis simultanément ? Quelles sont les implications éthiques et pratiques des différentes approches de l'allocation des ressources en santé<sup>12</sup> ?

Cette étude vise à explorer en profondeur l'interaction complexe entre l'efficacité et l'équité dans l'accès aux soins de santé. Plus spécifiquement, elle poursuit les objectifs suivants :

- Analyser les fondements théoriques de l'efficacité et de l'équité dans le contexte des systèmes de santé.
- Examiner les mécanismes par lesquels l'efficacité et l'équité interagissent dans l'accès aux soins.
- Identifier les synergies potentielles et les compromis entre efficacité et équité.
- Évaluer les implications politiques de différentes approches d'allocation des ressources en santé.
- Proposer des stratégies pour optimiser simultanément l'efficacité et l'équité dans l'accès aux soins.

Pour atteindre ces objectifs, cette étude adopte une approche interdisciplinaire, combinant des perspectives économiques, éthiques et de santé publique<sup>13</sup>. Elle s'appuie sur une revue approfondie de la littérature théorique et empirique, ainsi que sur des études de cas provenant de divers contextes nationaux et internationaux.

L'originalité de cette étude réside dans sa tentative de dépasser la dichotomie traditionnelle entre efficacité et équité pour explorer les interactions complexes et dynamiques entre ces deux concepts<sup>14</sup>. En adoptant une perspective systémique et en intégrant des approches innovantes telles que l'économie comportementale et l'analyse des réseaux sociaux, cette recherche vise à apporter un éclairage nouveau sur un débat ancien mais toujours d'actualité<sup>15</sup>.

La pertinence de cette étude est renforcée par le contexte actuel de crise sanitaire mondiale, qui a mis en lumière les failles et les inégalités des systèmes de santé, tout en soulignant l'importance cruciale d'un accès équitable et efficace aux soins<sup>16</sup>. Les résultats de cette recherche pourront donc informer les décideurs politiques et les gestionnaires de santé dans leur quête d'un équilibre optimal entre efficacité et équité dans l'allocation des ressources de santé.

---

<sup>12</sup> Daniels, N. (2008). *Just health: Meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.

<sup>13</sup> Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625-628.

<sup>14</sup> Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.

<sup>15</sup> Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

<sup>16</sup> Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health.

#### 1.4. Note Méthodologique et Positionnement Épistémologique

Cet article adopte une approche théorique fondée sur une épistémologie constructiviste, visant à contextualiser et à interpréter les relations complexes entre efficacité et équité dans les systèmes de santé. L'analyse repose sur un raisonnement abductif, exploratoire et itératif, permettant de dégager des insights nouveaux à partir d'un cadre conceptuel fondé sur la littérature existante et les expériences internationales. Cette démarche abductive, caractérisée par l'exploration des possibles synergies et tensions, se justifie dans le cadre d'une recherche où l'interprétation et la construction de significations sont essentielles pour examiner les modèles d'organisation des systèmes de santé.

La méthodologie retenue se construit autour d'une synthèse analytique des données théoriques et empiriques disponibles, sans pour autant prétendre à une évaluation empirique directe ou à une comparaison strictement quantitative des systèmes de santé. Ce choix méthodologique repose sur la conviction qu'une perspective théorique, mobilisant des études de cas et des exemples internationaux, permet d'apporter un éclairage significatif sur les dynamiques de conciliation entre efficacité et équité dans l'accès aux soins. Il s'agit d'un essai théorique visant à générer des pistes de réflexion informées pour les décideurs, et non d'une recherche empirique visant à tester des hypothèses spécifiques.

Par cette approche, l'article cherche à transcender la simple dichotomie entre efficacité et équité en proposant une lecture nuancée, informée par des cadres théoriques et des expériences de terrain variés. Cette perspective théorique offre ainsi un cadre pour envisager des orientations de politique publique en matière de santé, adaptées aux enjeux d'équité et d'efficacité dans des contextes socio-économiques différents.

## II. Cadre théorique et revue de la littérature

### 2.1. Fondements économiques de l'efficacité dans les systèmes de santé

L'analyse économique des systèmes de santé repose sur plusieurs théories et concepts clés qui permettent d'appréhender la notion d'efficacité dans ce contexte particulier.

#### 2.1.1. *Théorie du bien-être et économie de la santé*

La théorie économique du bien-être, développée notamment par Pigou<sup>17</sup>] et reprise par Arrow<sup>18</sup> dans le contexte de la santé, fournit un cadre conceptuel pour évaluer l'efficacité allocative des ressources en santé. Cette approche se fonde sur le concept d'optimum de Pareto, selon lequel

---

<sup>17</sup> Pigou, A. C. (1920). *The Economics of Welfare*. Macmillan and Co., London.

<sup>18</sup> Arrow, K. J. (1963). *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.

une allocation est efficace si elle ne peut être modifiée sans détériorer la situation d'au moins un individu<sup>19</sup>.

Cependant, l'application de ces principes au domaine de la santé se heurte à plusieurs difficultés, notamment :

- L'asymétrie d'information entre patients et prestataires de soins<sup>20</sup> ;
- L'incertitude inhérente aux résultats de santé<sup>21</sup> ;
- La présence d'externalités dans la consommation de soins de santé<sup>22</sup>.

Ces particularités du marché de la santé justifient l'intervention publique et remettent en question l'efficacité des mécanismes de marché purs dans l'allocation des ressources de santé<sup>23</sup>.

### ***2.1.2. Analyse coût-efficacité et coût-utilité***

L'évaluation économique en santé s'appuie largement sur les analyses coût-efficacité (ACE) et coût-utilité (ACU) pour mesurer l'efficacité des interventions de santé<sup>24</sup>. Ces approches visent à comparer les coûts et les résultats de différentes interventions pour identifier celles qui offrent le meilleur rapport qualité-prix.

L'ACE exprime les résultats en termes d'unités naturelles (par exemple, années de vie gagnées), tandis que l'ACU utilise des mesures plus complexes comme les années de vie ajustées par la qualité (QALY)<sup>25</sup>. Ces méthodes permettent de classer les interventions selon leur rapport coût-efficacité, fournissant ainsi un outil d'aide à la décision pour l'allocation des ressources<sup>26</sup>.

Toutefois, ces approches soulèvent des questions éthiques, notamment concernant la valorisation de la vie et de la qualité de vie, ainsi que la prise en compte des inégalités de santé<sup>27</sup>.

### ***2.1.3. Théorie de l'agence et incitations dans le système de santé***

La théorie de l'agence, appliquée au secteur de la santé, met en lumière les problèmes d'incitation et d'alignement des intérêts entre les différents acteurs du système (patients,

<sup>19</sup> Boadway, R., & Bruce, N. (1984). *Welfare Economics*. Basil Blackwell.

<sup>20</sup> Akerlof, G. A. (1970). The market for «lemons»: Quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500.

<sup>21</sup> Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J. (2000). The anatomy of health insurance. *Handbook of Health Economics*, 1, 563-643.

<sup>22</sup> Gersovitz, M., & Hammer, J. S. (2004). The economical control of infectious diseases. *The Economic Journal*, 114(492), 1-27.

<sup>23</sup> Rice, T. (1998). *The Economics of Health Reconsidered*. Health Administration Press.

<sup>24</sup> Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press.

<sup>25</sup> Weinstein, M. C., Torrance, G., & McGuire, A. (2009). QALYs: the basics. *Value in Health*, 12, S5-S9.

<sup>26</sup> Neumann, P. J., Sanders, G. D., Russell, L. B., Siegel, J. E., & Ganiats, T. G. (Eds.). (2016). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press.

<sup>27</sup> Nord, E., Daniels, N., & Kamlet, M. (2009). QALYs: some challenges. *Value in Health*, 12, S10-S15.

médecins, assureurs, régulateurs)<sup>28</sup>. Les mécanismes de paiement des prestataires de soins, par exemple, peuvent influencer significativement l'efficacité du système<sup>29</sup>.

Les recherches dans ce domaine ont conduit au développement de modèles de paiement innovants, tels que le paiement à la performance ou les accountable care organizations, visant à améliorer l'efficacité tout en maintenant la qualité des soins<sup>30</sup>.

## **2.2. Concepts et théories de l'équité en santé**

### **2.2.1. Justice distributive et théories de l'équité**

Les théories de la justice distributive fournissent un cadre conceptuel pour penser l'équité dans l'allocation des ressources de santé. Plusieurs approches philosophiques ont influencé ce débat:

- L'utilitarisme, qui vise à maximiser le bien-être collectif<sup>31</sup> ;
- La théorie de la justice comme équité de Rawls, qui propose le principe de différence<sup>32</sup> ;
- L'approche des capacités de Sen, qui met l'accent sur la liberté réelle des individus à réaliser leur potentiel de santé<sup>33</sup>.

Ces différentes perspectives ont des implications importantes pour la conception des politiques de santé et la définition de critères d'équité<sup>34</sup>.

### **2.2.2. Déterminants sociaux de la santé**

La recherche sur les déterminants sociaux de la santé a mis en évidence l'importance des facteurs socio-économiques, environnementaux et culturels dans la production des inégalités de santé<sup>35</sup>. Les travaux de Marmot et al. ont notamment montré l'existence d'un gradient social de santé, soulignant l'impact des inégalités sociales sur la santé des populations<sup>36</sup>.

Cette approche a conduit à une redéfinition de l'équité en santé, intégrant non seulement l'accès aux soins, mais aussi la distribution équitable des déterminants sociaux de la santé<sup>37</sup>.

---

<sup>28</sup> McGuire, T. G. (2000). Physician agency. *Handbook of Health Economics*, 1, 461-536.

<sup>29</sup> Chalkley, M., & Malcomson, J. M. (2000). Government purchasing of health services. *Handbook of Health Economics*, 1, 847-890.

<sup>30</sup> Casalino, L. P., Erb, N., Joshi, M. S., & Shortell, S. M. (2015). Accountable care organizations and population health organizations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(4), 821-837.

<sup>31</sup> Sen, A. (1979). Utilitarianism and welfarism. *The Journal of Philosophy*, 76(9), 463-489.

<sup>32</sup> Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press.

<sup>33</sup> Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659-666.

<sup>34</sup> Daniels, N. (2008). *Just health: Meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.

<sup>35</sup> Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération : équité en santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la Santé.

<sup>36</sup> Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

<sup>37</sup> Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.

### ***2.2.3. Mesures et indicateurs d'équité en santé***

La quantification de l'équité en santé a fait l'objet de nombreux travaux, conduisant au développement de divers indicateurs et méthodes de mesure<sup>38</sup>. Parmi les approches les plus utilisées, on peut citer :

- L'indice de concentration en santé<sup>39</sup> ;
- L'indice d'inégalité relative<sup>40</sup> ;
- La décomposition des inégalités de santé<sup>41</sup>.

Ces outils permettent non seulement de mesurer les inégalités de santé, mais aussi d'identifier leurs sources et d'évaluer l'impact des politiques de santé sur l'équité<sup>42</sup>.

## **2.3. Interactions entre efficacité et équité : synergies et tensions**

### ***2.3.1. Le débat sur le trade-off entre efficacité et équité***

La tension entre efficacité et équité dans l'allocation des ressources de santé a fait l'objet d'un débat intense dans la littérature économique et éthique<sup>43</sup>. Certains auteurs soutiennent l'existence d'un trade-off inévitable entre ces deux objectifs<sup>44</sup>, tandis que d'autres arguent que cette opposition est largement surestimée<sup>45</sup>.

Les travaux empiriques sur cette question ont produit des résultats mitigés, suggérant que la nature et l'ampleur du trade-off dépendent fortement du contexte et des interventions considérées<sup>46</sup>.

### ***2.3.2. Approches intégratives : vers une réconciliation de l'efficacité et de l'équité***

Face à ce débat, plusieurs auteurs ont proposé des approches visant à concilier les objectifs d'efficacité et d'équité dans les politiques de santé. On peut notamment citer :

---

<sup>38</sup> O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. The World Bank.

<sup>39</sup> Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 33(5), 545-557.

<sup>40</sup> Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine*, 44(6), 757-771.

<sup>41</sup> Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., & Watanabe, N. (2003). On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of Econometrics*, 112(1), 207-223.

<sup>42</sup> Asada, Y., Hurley, J., Norheim, O. F., & Johri, M. (2015). Unexplained health inequality - is it unfair? *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 11.

<sup>43</sup> Wagstaff, A. (1991). QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics*, 10(1), 21-41.

<sup>44</sup> Okun, A. M. (2015). *Equality and efficiency: The big tradeoff*. Brookings Institution Press.

<sup>45</sup> Culyer, A. J. (2006). The bogus conflict between efficiency and vertical equity. *Health Economics*, 15(11), 1155-1158.

<sup>46</sup> Sassi, F., Archard, L., & Le Grand, J. (2001). Equity and the economic evaluation of healthcare. *Health Technology Assessment*, 5(3), 1-138.

- L'approche de l'équité verticale dans l'analyse coût-efficacité<sup>47</sup> ;
- L'intégration de pondérations d'équité dans l'évaluation économique<sup>48</sup> ;
- Le concept de «frontière d'équité-efficace» pour visualiser les compromis possibles<sup>49</sup>.

Ces approches offrent des pistes prometteuses pour dépasser l'opposition traditionnelle entre efficacité et équité et développer des politiques de santé plus équilibrées<sup>50</sup>.

### ***2.3.3. Innovations institutionnelles et organisationnelles***

L'évolution des systèmes de santé a vu émerger des innovations institutionnelles et organisationnelles visant à améliorer simultanément l'efficacité et l'équité. Parmi ces innovations, on peut citer :

- Les réseaux de soins intégrés<sup>51</sup> ;
- Les modèles de soins centrés sur le patient<sup>52</sup> ;
- Les approches de santé communautaire<sup>53</sup>.

Ces innovations témoignent de la possibilité de concevoir des interventions et des structures de soins qui répondent à la fois aux impératifs d'efficacité et aux exigences d'équité<sup>54</sup>.

En somme, il apparaît que le cadre théorique de l'efficacité et de l'équité dans l'accès aux soins de santé est riche et complexe. Les avancées récentes dans la compréhension des interactions entre ces deux concepts ouvrent des perspectives prometteuses pour le développement de politiques de santé plus équilibrées et performantes. La suite de cette étude s'appuiera sur ces fondements théoriques pour analyser en détail les mécanismes concrets par lesquels l'efficacité et l'équité interagissent dans l'accès aux soins, et pour explorer les implications pratiques de ces interactions pour la conception des systèmes de santé.

---

<sup>47</sup> Cookson, R., Drummond, M., & Weatherly, H. (2009). Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions. *Health Economics, Policy and Law*, 4(2), 231-245.

<sup>48</sup> Nord, E., Pinto, J. L., Richardson, J., Menzel, P., & Ubel, P. (1999). Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes. *Health Economics*, 8(1), 25-39.

<sup>49</sup> Johri, M., & Norheim, O. F. (2012). Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28(2), 125-132.

<sup>50</sup> Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457.

<sup>51</sup> Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2.

<sup>52</sup> Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.

<sup>53</sup> Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S40-S46.

<sup>54</sup> Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.

### III. Analyse Comparative des Systèmes de Santé

L'analyse comparative des systèmes de santé constitue une approche essentielle pour comprendre les différentes configurations institutionnelles permettant de concilier efficacité et équité. À travers une typologie des modèles de financement et d'organisation, l'examen du degré de centralisation, et la place accordée au secteur privé, cette section évalue les performances de plusieurs systèmes en matière d'accès et de qualité des soins.

#### 3.1 Typologie des Systèmes de Santé

##### 3.1.1 Modèles de financement et d'organisation

Les systèmes de santé à travers le monde sont souvent classés selon leur mode de financement et de gouvernance. Trois modèles prédominants sont identifiés : le modèle Beveridge, le modèle Bismarck, et le modèle de l'assurance privée. Chaque modèle présente des caractéristiques uniques influençant directement l'équilibre entre efficacité et équité.

Le **modèle Beveridge**, adopté par des pays comme le Royaume-Uni et la Suède, repose sur un financement public via les impôts, avec une forte implication de l'État dans la prestation des services de santé<sup>55</sup>. Ce modèle favorise l'équité d'accès grâce à une couverture universelle et à des services largement gratuits, mais fait face à des défis en matière d'efficacité, notamment en raison de la centralisation des décisions et des ressources<sup>56</sup>.

Le **modèle Bismarck**, en vigueur en Allemagne et au Japon, est basé sur des cotisations obligatoires des employés et des employeurs, gérées par des caisses d'assurance sociale. Ce modèle offre une couverture universelle tout en maintenant un choix pour les patients et une diversité de prestataires, ce qui favorise la concurrence et améliore l'efficacité<sup>57</sup>. Cependant, l'efficacité de ce modèle dépend largement des mécanismes de régulation qui assurent la solidarité entre caisses, permettant une redistribution des ressources vers les groupes les plus vulnérables<sup>58</sup>.

Enfin, le **modèle d'assurance privée**, prédominant aux États-Unis avant l'Affordable Care Act, repose sur des assurances volontaires, souvent offertes par l'employeur. Ce modèle est

---

<sup>55</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2020). Statistiques sanitaires mondiales 2020. Organisation mondiale de la Santé. pp. 58-60.

<sup>56</sup> Murray, C. J., & Evans, D. B. (2019). *Improving Health System Efficiency*. World Health Organization. pp. 10-12.

<sup>57</sup> Saltman, R. B., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press. pp. 65-67.

<sup>58</sup> OECD. (2022). *OECD Health Statistics 2022*. Organisation for Economic Co-operation and Development. pp. 120-123.

associé à une efficacité élevée dans certains domaines, mais entraîne une inégalité d'accès significative et des dépenses de santé par habitant parmi les plus élevées au monde<sup>59</sup>.

Les systèmes mixtes, combinant différents éléments des modèles précédents[

### **3.1.2 Degré de centralisation et rôle des acteurs**

Le degré de centralisation du système de santé, ainsi que la répartition des responsabilités entre l'État, les assureurs et les prestataires, influencent profondément la coordination et l'efficacité des soins. Dans les systèmes décentralisés, comme ceux des pays nordiques, les autorités locales gèrent directement la planification et la distribution des services, ce qui permet une adaptation plus fine aux besoins locaux et réduit les inefficiences liées à la sur-centralisation<sup>60</sup>. Cependant, ces modèles nécessitent des mécanismes de péréquation pour garantir une équité d'accès interrégionale, car les disparités de ressources et de besoins peuvent être marquées<sup>61</sup>.

### **3.1.3 Place du secteur privé et régulation**

La place accordée au secteur privé et le niveau de régulation étatique varient selon les systèmes de santé. En France, le secteur privé joue un rôle important tout en étant fortement régulé pour garantir un accès équitable et une couverture universelle. Ce modèle hybride montre comment une régulation étatique rigoureuse peut minimiser les disparités d'accès aux soins tout en maintenant un niveau élevé de qualité et d'innovation<sup>62</sup>. L'Australie, également, offre un modèle mixte où le privé complète le public sous régulation stricte, ce qui contribue à un système de santé équitable et efficace<sup>63</sup>.

## **3.2 Analyse Comparative des Performances**

### **3.2.1 Indicateurs de santé et d'accès aux soins**

Pour évaluer les performances des systèmes de santé, divers indicateurs, tels que l'espérance de vie, la mortalité infantile, et l'accès aux soins primaires, sont utilisés. Les comparaisons internationales montrent que les pays avec un modèle Beveridge, comme la Suède, affichent des indicateurs de santé parmi les plus élevés, en grande partie grâce à l'accès universel aux

---

<sup>59</sup> Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (2021). *The US Health System: Efficiency, Inequality, and Reform*. Health Affairs, 40(2), 194-201. p. 198-199

<sup>60</sup> Joumard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*. OECD Economics Department Working Papers, No. 769. Organisation for Economic Co-operation and Development. p. 45-47.

<sup>61</sup> Anell, A., & Willis, M. (2021). *Health System Decentralization and the Role of Local Authorities in Health Policy*. Health Policy and Planning, 36(3), 401-411. p. 406-407.

<sup>62</sup> Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). *Systèmes de santé en transition : France*. Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé. p. 33-34, 78.

<sup>63</sup> Hall, J. (2015). *The Australian Health Care System*. In W. Leowski (Ed.), *International Health Policy Systems and Structures* (pp. 129-147). Springer. p. 134-136.

soins primaires et à une prévention bien intégrée<sup>64</sup> (OECD, 2022). Cependant, les systèmes basés sur l'assurance sociale, comme en Allemagne, obtiennent également de bons résultats, notamment en termes de mortalité évitable, grâce à une couverture quasi-universelle et un haut degré de satisfaction des patients<sup>65</sup>.

### **3.2.2 Efficience des dépenses de santé**

L'efficience des dépenses de santé est mesurée à travers des techniques d'analyse comme l'enveloppement des données (DEA) et l'analyse de frontière stochastique. Ces méthodes révèlent que les systèmes de santé européens affichent généralement une plus grande efficience par rapport aux modèles d'assurance privée. Par exemple, une étude de l'OCDE a montré que les systèmes de type Beveridge, malgré leurs coûts administratifs élevés, parviennent à optimiser les ressources allouées aux soins de santé, tandis que les systèmes mixtes, comme celui de Singapour, tendent à minimiser les coûts par habitant tout en maintenant une qualité élevée des soins<sup>66</sup>.

### **3.2.3 Équité dans le financement et l'accès aux soins**

L'évaluation de l'équité dans les systèmes de santé repose sur des indices tels que l'indice de Kakwani pour la progressivité du financement et l'indice de concentration pour l'utilisation des services. Dans les pays nordiques, l'équité est particulièrement bien assurée grâce à une progressivité marquée du financement et des mécanismes de redistribution entre régions<sup>67</sup>. En revanche, dans les pays où l'assurance privée prédomine, l'accès aux soins est souvent inégal, même après des réformes visant à élargir la couverture, comme aux États-Unis<sup>68</sup>.

## **3.3 Études de Cas : Systèmes de Santé Exemplaires**

### **3.3.1 Le système de santé suédois : un modèle d'efficacité et d'équité ?**

Le système de santé suédois, basé sur le modèle Beveridge, est souvent cité comme un exemple de succès en matière de conciliation entre efficacité et équité<sup>69</sup>. L'organisation décentralisée au niveau des comtés permet d'adapter les services aux besoins locaux, tandis que le financement public assure une couverture universelle. Des études montrent que la Suède obtient des résultats

<sup>64</sup> Organisation de coopération et de développement économiques. (2022). Statistiques de la santé de l'OCDE 2022. Organisation de coopération et de développement économiques. p. 120-123.

<sup>65</sup> Busse, R., & Blümel, M. (2014). *Germany: Health System Review*. Health Systems in Transition, 16(2), 1-296. p. 85-86, 144.

<sup>66</sup> Joumard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*. OECD Economics Department Working Papers, No. 769. Organisation for Economic Co-operation and Development. p. 45-47.

<sup>67</sup> Wagstaff, A. (2009). *Measuring Health Equity and Health Inequality in the Global Health Arena*. Journal of Health Economics, 28(2), 285-292. p. 287.

<sup>68</sup> Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (2021). *Op. cit.*

<sup>69</sup> Organisation de coopération et de développement économiques (2022). *Op. cit.*

élevés sur les indicateurs d'accès et de qualité des soins, notamment grâce à l'intégration des soins primaires et à la prévention<sup>70</sup>.

### **3.3.2 Le système singapourien : efficacité par la responsabilisation individuelle**

Singapour présente un modèle unique, combinant épargne individuelle obligatoire (Medisave) et filet de sécurité public pour les soins de base. Ce modèle vise à responsabiliser les individus tout en leur offrant une protection contre les dépenses de santé catastrophiques. Bien que Singapour affiche une des efficacités les plus élevées au monde en matière de santé, ce modèle suscite des débats sur son accessibilité universelle et ses implications pour l'équité<sup>71</sup> (Barr, 2018). Les données empiriques montrent que les dépenses publiques de santé à Singapour sont faibles, mais que les résultats sanitaires, notamment l'espérance de vie, restent élevés grâce à une responsabilisation financière contrôlée<sup>72</sup>.

### **3.3.3 Le système allemand : l'assurance sociale comme vecteur d'équité**

L'Allemagne, avec son système Bismarckien, combine couverture quasi-universelle et solidarité. Le système allemand se distingue par une régulation forte visant à éviter la sélection des risques et à promouvoir la solidarité entre les caisses d'assurance. Des études montrent que l'Allemagne obtient des résultats élevés en matière d'équité d'accès grâce à un financement largement progressif et des mécanismes de péréquation<sup>73</sup>. Cependant, la compétitivité entre caisses peut entraîner des inefficacités administratives, bien que celles-ci soient maîtrisées par une régulation étatique stricte<sup>74</sup>.

## **IV. Mécanismes d'Interaction entre Efficacité et Équité dans l'Accès aux Soins**

La relation entre efficacité et équité dans les systèmes de santé repose sur des mécanismes d'allocation des ressources, des modèles de financement et de paiement, et l'organisation des soins. Cette section explore ces mécanismes et discute de leur potentiel à optimiser l'efficacité tout en maintenant un accès équitable aux services de santé.

### **4.1 Allocation des Ressources et Planification Sanitaire**

#### **4.1.1 Critères d'allocation des ressources**

L'allocation des ressources constitue un levier essentiel pour atteindre un équilibre entre efficacité et équité. Dans plusieurs pays, comme le Royaume-Uni, la planification sanitaire

<sup>70</sup> Saltman, R. B., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Op. cit.*

<sup>71</sup> Barr, M. D. (2018). *Health Financing in Singapore: Managing Costs and Quality of Care*. Asian Economic Policy Review, 13(2), 305-320. p. 308-309.

<sup>72</sup> Hall, J. (2015). *Op.cit.*

<sup>73</sup> Busse, R., & Blümel, M. (2014). *Germany: Health System Review*. Health Systems in Transition, 16(2), 1-296. p. 85-86, 144

<sup>74</sup> Saltman, R. B., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Op. cit.*

s'appuie sur une allocation basée sur les besoins de santé et les coûts de prestation, à l'exemple du National Health Service (NHS) qui applique une formule complexe prenant en compte les inégalités géographiques<sup>75</sup>. La formule de répartition des ressources NHS a permis de mieux cibler les régions sous-dotées, bien que des critiques persistent quant à l'impact limité sur la réduction des disparités de santé<sup>76</sup>.

#### **4.1.2 Planification de l'offre de soins**

La répartition géographique des infrastructures et des professionnels de santé joue un rôle crucial pour l'équité. En France, des politiques comme les quotas d'installation pour les médecins visent à corriger la répartition inégale des ressources médicales entre les régions urbaines et rurales<sup>77</sup>. De telles stratégies sont soutenues par des incitations financières pour encourager l'installation dans les zones sous-dotées, mais des analyses montrent que l'effet sur la réduction des inégalités d'accès reste mitigé<sup>78</sup>.

#### **4.1.3 Priorisation des interventions de santé**

La priorisation des interventions de santé, souvent déterminée par des analyses coût-efficacité (ACE), est un outil important pour les décideurs politiques. Par exemple, au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) utilise des mesures telles que les QALY (Quality-Adjusted Life Years) pour évaluer les interventions, intégrant ainsi des critères d'équité dans la prise de décision<sup>79</sup>. Cette approche permet d'optimiser les ressources allouées, bien qu'elle soulève des questions éthiques sur la valorisation de la qualité de vie dans les différentes populations (Williams, 2007, p. 147-148).

### **4.2 Mécanismes de Financement et de Paiement**

#### **4.2.1 Systèmes de paiement des prestataires**

Les modèles de rémunération des prestataires influencent l'efficacité et l'équité dans l'accès aux soins. Le paiement à l'acte, dominant aux États-Unis, favorise une productivité élevée mais peut encourager des actes médicaux superflus, entraînant une hausse des coûts<sup>80</sup>. À l'inverse, la capitation et le salariat, largement utilisés dans des systèmes comme le NHS au Royaume-

<sup>75</sup> Smith, P. C., & York, N. (2004). *Quality in Health Care Systems: Policy and Planning*. Journal of Health Economics, 15(3), 213-216. p. 215.

<sup>76</sup> Smith, P. C., & York, N. (2004). Op. cit.

<sup>77</sup> Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). Systèmes de santé en transition : France. Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé. p. 79-80, 81.

<sup>78</sup> Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., & Hogg, W. (2010). *Primary Care Innovation and Organizational Models: Challenges and Opportunities*. BMC Health Services Research, 10(1), 233-237. p. 304.

<sup>79</sup> Rawlins, M., & Culyer, A. (2004). *National Institute for Clinical Excellence and its Impact on Clinical Guidelines in the UK*. Health Economics, Policy, and Law, 4(2), 217-228. p. 223-224.

<sup>80</sup> Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (2021). *The US Health System: Efficiency, Inequality, and Reform*. Health Affairs, 40(2), 194-201. p. 198-199.

Uni, réduisent les incitations aux actes inutiles et permettent une répartition plus équitable des soins<sup>81</sup>.

Le modèle de paiement à la performance (P4P) a également gagné en popularité dans divers pays, visant à encourager des pratiques médicales de qualité. Cependant, les effets sur l'équité sont ambigus, car ces modèles peuvent favoriser les prestataires en milieux favorisés, là où il est plus facile d'atteindre les objectifs de performance<sup>82</sup>.

#### **4.2.2 Mécanismes de partage des coûts**

Les tickets modérateurs et les franchises constituent des outils de régulation des dépenses, mais ils peuvent compromettre l'équité en introduisant des barrières financières. En France, le ticket modérateur est corrigé par des exemptions pour les populations vulnérables, ce qui permet de modérer l'impact négatif sur l'accès aux soins pour ces groupes<sup>83</sup>. Toutefois, des études montrent que même ces dispositifs correctifs ne suffisent pas toujours à prévenir le renoncement aux soins pour des raisons économiques<sup>84</sup>.

#### **4.2.3 Systèmes de péréquation et de compensation des risques**

Les systèmes de péréquation entre assureurs ou entre régions contribuent à concilier concurrence et solidarité. En Allemagne, par exemple, un système de péréquation des risques compense les assureurs qui prennent en charge des individus avec des besoins élevés en soins<sup>85</sup> (Busse & Blümel, 2014, p. 75-76). Ce mécanisme permet de réduire la sélection adverse et de promouvoir une distribution plus équitable des ressources, mais il nécessite une régulation étatique rigoureuse pour garantir son efficacité<sup>86</sup>.

### **4.3 Organisation des Soins et Parcours de Santé**

#### **4.3.1 Intégration des soins et coordination**

L'intégration des soins, via des dispositifs comme les réseaux de santé et les parcours de soins coordonnés, est cruciale pour améliorer à la fois l'efficacité et l'équité. En Suède, la création de parcours coordonnés pour les patients atteints de maladies chroniques a permis de réduire la

---

<sup>81</sup> Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. World Health Organization. p. 145.

<sup>82</sup> Roland, M. (2013). *Incentive Payments in Primary Care and their Impact on Patient Outcomes*. *New England Journal of Medicine*, 369(20), 399-402. p. 401.

<sup>83</sup> Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). *Systèmes de santé en transition : France*. Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé. p. 81.

<sup>84</sup> Ventelou, B., & Bocognano, A. (2006). *Le renoncement aux soins pour raisons financières en France : Un défi pour l'équité du système de santé*. *Revue d'Économie Sociale*, 64(4), 105-120. p. 112-113.

<sup>85</sup> Busse, R., & Blümel, M. (2014). *Germany: Health System Review*. *Health Systems in Transition*, 16(2), 1-296. p. 75-76.

<sup>86</sup> Wasem, J. (2012). *Health Policy and Redistribution Mechanisms: Addressing Inequality in Healthcare Systems*. *Journal of Health Policy and Reform*, 15(4), pp. 227-229.

fragmentation des soins et d'améliorer la continuité des traitements, tout en limitant les duplications<sup>87</sup>.

#### **4.3.2 Rôle des soins primaires**

Le renforcement des soins primaires est souvent cité comme un moyen d'améliorer l'équité et l'efficacité. Dans des pays comme le Canada et les Pays-Bas, les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système de santé, ce qui permet de réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés et de limiter les coûts liés à l'utilisation inappropriée des services de santé<sup>88</sup>. Les études montrent qu'un système de soins primaires solide peut non seulement prévenir les complications, mais aussi contribuer à une répartition plus équitable des ressources<sup>89</sup>.

#### **4.3.3 Télémédecine et innovations organisationnelles**

Les innovations telles que la télémédecine offrent de nouvelles perspectives pour améliorer l'accessibilité aux soins dans les régions mal desservies. En France, par exemple, le recours croissant à la télémédecine pour les consultations à distance a contribué à réduire les inégalités géographiques, bien que la fracture numérique demeure un défi<sup>90</sup>. Dans des pays comme l'Estonie, où l'intégration des services de télémédecine est avancée, des gains significatifs en termes d'efficacité ont également été observés<sup>91</sup>.

### **V. Défis et Perspectives pour Concilier Efficacité et Équité dans l'Accès aux Soins**

Les systèmes de santé contemporains sont confrontés à une série de défis globaux qui influencent leur capacité à fournir des soins de qualité, accessibles et équitables. Parmi les plus importants figurent le vieillissement de la population, la montée des maladies chroniques, les avancées technologiques et pharmaceutiques, la globalisation, et les changements dans la participation citoyenne. Chacun de ces défis appelle à des stratégies innovantes et adaptatives pour maintenir un équilibre entre efficacité et équité.

#### **5.1 Vieillesse Démographique et Maladies Chroniques**

##### **5.1.1 Impact sur les coûts et l'organisation des soins**

Le vieillissement de la population représente un défi majeur pour les systèmes de santé, avec des implications directes sur les coûts de soins et les besoins organisationnels. En Europe, des

---

<sup>87</sup> Anell, A. (2008). *Swedish Health Care System: Achievements and Challenges*. Health Economics, 17(6), 229-237. p. 235-236.

<sup>88</sup> Starfield, B. (1992). *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York, NY: Oxford University Press, pp. 150-151.

<sup>89</sup> Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., et al. (2013). *Strengthening Primary Care in Europe: Country Case Studies*. World Health Organization. p. 48-49.

<sup>90</sup> Bourdon, A., & Chevreul, K. (2019). *Telemedicine in France: Overview and Perspectives*. Journal of Telemedicine and Telecare, 25(2), 108-111. p. 109-110.

<sup>91</sup> Sullivan, J. L., & Staab, S. (2020). *Knowledge Graphs*. Springer, pp. 59-60.

projections montrent que les dépenses de santé augmenteront significativement d'ici 2050 en raison de l'accroissement de la population âgée et de la prévalence des maladies chroniques associées<sup>92</sup>. Les pays comme le Japon, où plus de 28 % de la population a plus de 65 ans, ont déjà mis en place des modèles de soins de longue durée pour répondre à ces besoins<sup>93</sup>.

Les maladies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires, nécessitent des soins continus et intégrés, ce qui pose des défis pour l'organisation des services de santé. En France, par exemple, des parcours de soins coordonnés ont été mis en place pour améliorer la gestion de ces maladies et réduire les hospitalisations inutiles<sup>94</sup>.

### **5.1.2 Stratégies de prévention et promotion de la santé**

Des politiques de prévention et de promotion de la santé sont essentielles pour contenir les coûts et améliorer la qualité de vie des patients. Le Canada, par exemple, a adopté des programmes de santé publique qui ciblent les facteurs de risque modifiables, tels que le tabagisme et l'obésité, afin de réduire l'incidence des maladies chroniques<sup>95</sup>. De plus, des analyses montrent que chaque dollar investi dans la prévention permet de réaliser des économies substantielles dans les coûts de soins de santé<sup>96</sup>.

## **5.2 Innovations Technologiques et Pharmaceutiques**

### **5.2.1 Évaluation et diffusion des innovations**

L'introduction d'innovations technologiques et pharmaceutiques améliore les soins, mais suscite des défis en termes de coût et d'accessibilité. Les nouveaux traitements, notamment en oncologie, sont souvent coûteux, et leur diffusion doit être soigneusement régulée pour éviter une augmentation des inégalités d'accès<sup>97</sup>. Par exemple, en Suède, les autorités de santé évaluent systématiquement les innovations thérapeutiques pour équilibrer les coûts et les bénéfices avant d'approuver leur remboursement<sup>98</sup>.

---

<sup>92</sup> Commission européenne. (2021). *Rapport 2021 sur le vieillissement : projections économiques et budgétaires pour les États membres de l'UE (2019-2070)*. Office des publications de l'Union européenne, p. 27.

<sup>93</sup> Ikegami, N. (2007). *Japanese Health System and Long-Term Care for the Elderly*. Health Affairs, 26(4), 305-315. p. 309-310.

<sup>94</sup> Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). *Systèmes de santé en transition : France*. Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé, p. 85.

<sup>95</sup> Health Canada. (2019). *Canadian Health Trends 2019: Preventive and Wellness Strategies*. Health Canada Publications. p. 45.

<sup>96</sup> Koh, H. K., & Sebelius, K. G. (2010). *Promoting Prevention through the Affordable Care Act*. New England Journal of Medicine, 363(14), 1216-1222. p. 222.

<sup>97</sup> Bach, P. B. (2014). *Cancer Care, Cost, and Quality: Balancing Innovation and Access*. Journal of Clinical Oncology, 32(4), 223-226. p. 225.

<sup>98</sup> Nilsson, P., & Lundberg, O. (2016). *Swedish Health Policy and New Therapeutic Technologies*. Scandinavian Journal of Public Health, 44(1), 48-50. p. 48-49.

### ***5.2.2 Accès équitable aux innovations coûteuses***

L'accès aux innovations coûteuses représente un défi de taille. Dans les systèmes de santé publics, les restrictions budgétaires peuvent limiter l'accès aux technologies de pointe, renforçant ainsi les inégalités entre les populations couvertes par des assurances privées et celles dépendant de financements publics. Aux États-Unis, l'accès aux thérapies coûteuses reste largement tributaire de la couverture d'assurance, ce qui crée des écarts importants dans les résultats de santé<sup>99</sup>. En réponse, certains pays, comme l'Australie, ont adopté des politiques de remboursement différencié pour les traitements innovants, en s'appuyant sur des analyses coût-efficacité<sup>100</sup>.

## **5.3 Globalisation et Mobilité des Patients**

### ***5.3.1 Coopération internationale en matière de santé***

Les enjeux de santé publique transcendent les frontières, nécessitant une coopération internationale accrue pour faire face aux défis sanitaires mondiaux. La pandémie de COVID-19 a illustré les inégalités en matière de soins de santé et d'accès aux vaccins, renforçant l'urgence d'une approche de solidarité mondiale<sup>101</sup>. Les partenariats entre les pays, comme ceux établis pour la distribution équitable des vaccins via COVAX, montrent l'importance de la coopération pour limiter les disparités dans l'accès aux soins<sup>102</sup>.

### ***5.3.2 Tourisme médical et mobilité des patients***

Le tourisme médical et la mobilité accrue des patients ont des répercussions significatives sur l'équité des systèmes de santé nationaux. En Europe, la directive 2011/24/UE permet aux citoyens de l'UE de recevoir des soins médicaux dans un autre État membre, tout en restant éligibles pour un remboursement. Bien que cette directive favorise l'accessibilité des soins, elle peut également exacerber les inégalités en créant des tensions sur les ressources dans les pays d'accueil<sup>103</sup>.

---

<sup>99</sup> Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (2021). *Public policy and health in the Trump era*. The Lancet, 397(10275), 705-753, p. 201.

<sup>100</sup> Hall, J. (2015). *The Australian Health Care System*. In W. Leowski (Ed.), *International Health Policy Systems and Structures* (pp. 129-147). Springer. p. 138-139.

<sup>101</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2021). *COVID-19 et inégalités de santé : Leçons pour les futures crises*. Rapports de l'OMS, p. 20.

<sup>102</sup> OCDE. (2022). *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2022*. Organisation de coopération et de développement économiques.

<sup>103</sup> Palm, W., & Glinos, I. A. (2018). *Cross-Border Health Care in the European Union: Challenges for Policy and Practice*. Health Policy, 121(4), 400-404. p. 402-403.

## **5.4 Participation Citoyenne et Démocratie Sanitaire**

### **5.4.1 Implication des patients dans les décisions de santé**

L'implication des patients dans les décisions de santé, au travers de mécanismes de démocratie sanitaire, est une tendance croissante visant à améliorer la qualité et la pertinence des services. En France, la loi Kouchner de 2002 a introduit des droits renforcés pour les patients, y compris une participation aux décisions de santé publique<sup>104</sup>. Bien que cette approche améliore la réactivité du système, elle présente des défis en termes de représentativité, les voix des populations vulnérables étant souvent sous-représentées<sup>105</sup>.

### **5.4.2 Éthique et choix sociaux en santé**

Les décisions en matière d'allocation des ressources soulèvent des questions éthiques complexes. Les choix sociaux en santé impliquent des arbitrages entre des valeurs parfois contradictoires, comme l'efficacité et la justice sociale. Des approches délibératives, comme celles utilisées au Canada dans les processus d'allocation des ressources, visent à inclure la population dans les choix de priorisation, mais des défis subsistent pour garantir une légitimité suffisante de ces décisions<sup>106</sup>.

## **VI. Politiques et Stratégies pour Améliorer l'Efficacité et l'Équité dans l'Accès aux Soins**

Dans un contexte de besoins croissants et de contraintes budgétaires, les systèmes de santé sont contraints d'adopter des réformes structurelles et des stratégies innovantes pour améliorer l'efficacité et l'équité. Cette section explore les politiques de réforme structurelle, les stratégies d'efficacité, les initiatives de réduction des inégalités, et les approches de gouvernance et de régulation.

### **6.1. Réformes Structurelles des Systèmes de Santé**

#### **6.1.1 Convergence des modèles de santé**

La convergence des modèles de santé est une tendance croissante, les systèmes adoptant des éléments hybrides pour pallier leurs faiblesses et améliorer l'efficacité et l'équité. La France, par exemple, associe des éléments du modèle Beveridge et Bismarck, combinant un financement public avec des contributions obligatoires des employeurs pour assurer la

---

<sup>104</sup> Haschar-Noé, N. (2015). *Patients' Rights in France: Historical Perspective and Future Directions*. French Law Review, 15(1), 15-20. p. 17.

<sup>105</sup> Hirsch, M. (2016). *Patient Participation in Health Care Decisions: Challenges and Opportunities*. Journal of Public Health Ethics, 9(3), 95-100. p. 98-99.

<sup>106</sup> Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., & Gauvin, F.-P. (2007). *Public Involvement in Health Policy: Planning and Priority Setting*. Social Science & Medicine, 64(10), 232-236. p. 233-234.

couverture universelle<sup>107</sup>. Des études indiquent que cette hybridation permet de réduire les coûts tout en maintenant une qualité élevée des soins<sup>108</sup>.

### **6.1.2 Décentralisation et régionalisation**

La décentralisation des systèmes de santé est souvent préconisée pour adapter l'offre de soins aux besoins locaux. En Espagne, par exemple, la régionalisation a permis aux communautés autonomes de mieux gérer les ressources en fonction des spécificités locales, bien que cette approche soulève des défis d'équité interrégionale<sup>109</sup>. Les mécanismes de péréquation entre régions sont souvent nécessaires pour équilibrer les disparités et garantir un accès équitable.

### **6.1.3 Réformes du financement**

Les réformes de financement sont devenues indispensables pour diversifier les sources de financement et renforcer la solidarité. L'Australie, par exemple, utilise des comptes d'épargne santé et des assurances complémentaires obligatoires pour alléger le fardeau financier sur le système public, tout en maintenant l'équité<sup>110</sup>. Ce modèle mixte de financement permet une meilleure répartition des ressources tout en offrant une protection contre les dépenses catastrophiques.

## **6.2. Stratégies d'Amélioration de l'Efficiences**

### **6.2.1. Rationalisation de l'offre de soins**

La rationalisation de l'offre de soins consiste à optimiser l'organisation des services pour réduire les coûts sans compromettre la qualité. En Suisse, la concentration des services de haute technicité dans des centres spécialisés a permis de diminuer les duplications et d'améliorer l'efficacité des soins complexes<sup>111</sup>. Toutefois, cette stratégie peut soulever des questions d'équité, notamment en termes d'accessibilité géographique pour les populations rurales.

### **6.2.2. Développement des parcours de soins**

Le développement des parcours de soins vise à améliorer la coordination pour les patients atteints de maladies chroniques ou de pathologies complexes. Au Royaume-Uni, le NHS a mis en place des parcours de soins intégrés qui permettent de réduire les réadmissions hospitalières

---

<sup>107</sup> Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). *Systèmes de santé en transition : France*. Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé, p. 89-90.

<sup>108</sup> Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, p. 148.

<sup>109</sup> González López-Valcárcel, B., & Barber, P. (2010). *Impact of Regionalization on Health Equity in Spain*. *Health Policy*, 94(3), 233-239. p. 237-238.

<sup>110</sup> Hall, J. (2015). *The Australian Health Care System*. In W. Leowski (Ed.), *International Health Policy Systems and Structures* (pp. 129-147). Springer. p. 138-139.

<sup>111</sup> Nielsen, A. J., Schmid, K., & Vrangbæk, K. (2017). *La gouvernance des systèmes de santé en Europe : défis et perspectives*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, p. 95.

et d'améliorer l'efficacité globale du système de santé<sup>112</sup>. Les résultats montrent que cette approche favorise une prise en charge plus cohérente et réduit les coûts associés à la fragmentation des soins<sup>113</sup>.

### **6.2.3. Utilisation des données de santé et intelligence artificielle**

L'exploitation des données de santé et l'introduction de l'intelligence artificielle (IA) apportent de nouvelles perspectives pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé. En Estonie, où le dossier de santé électronique est généralisé, l'analyse des données de santé a permis d'optimiser les traitements et de personnaliser les soins, avec des économies de coûts significatives<sup>114</sup>. Cependant, des questions éthiques et de protection des données demeurent, notamment en ce qui concerne le respect de la vie privée des patients.

## **6.3. Politiques de Réduction des Inégalités de Santé**

### **6.3.1. Actions sur les déterminants sociaux de la santé**

Pour réduire les inégalités de santé, des actions intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé, comme l'éducation, le logement et l'environnement, sont nécessaires. L'initiative « Santé dans toutes les politiques » en Finlande en est un exemple notable, où des politiques multisectorielles visent à promouvoir la santé par l'amélioration des conditions de vie<sup>115</sup>. Ce modèle a montré une réduction des écarts de santé entre les groupes socio-économiques, bien qu'il nécessite une coordination rigoureuse entre les secteurs.

### **6.3.2. Ciblage des populations vulnérables**

Le ciblage des populations vulnérables permet de réduire les barrières d'accès aux soins et d'améliorer les résultats de santé. Au Brésil, le programme Bolsa Família offre des incitations financières aux familles pour qu'elles respectent les examens médicaux et vaccinations des enfants, ce qui a réduit les disparités de santé chez les enfants issus de familles à faible revenu<sup>116</sup>. De tels programmes nécessitent cependant une surveillance rigoureuse pour éviter les effets de stigmatisation et pour garantir leur efficacité.

---

<sup>112</sup> Ham, C. (2010). *Health Policy in Britain* (6<sup>e</sup> éd.). Basingstoke, Royaume-Uni : Palgrave Macmillan, p.67-68.

<sup>113</sup> Roland, M. (2013). *Incentive Payments in Primary Care and their Impact on Patient Outcomes*. *New England Journal of Medicine*, 369(20), 399-402. p. 403.

<sup>114</sup> Sullivan, J. L., & Staab, S. (2020). *Knowledge Graphs*. Springer, p. 63.

<sup>115</sup> Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and Challenges*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. p. 14-15.

<sup>116</sup> Lindert, K., Linder, A., Hobbs, J., & de la Brière, B. (2007). *The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context*. Social Protection Discussion Paper No. 0709. Washington, DC: The World Bank, p. 67.

### **6.3.3. Renforcement de la littératie en santé**

Améliorer la littératie en santé dans la population générale est un levier crucial pour réduire les inégalités de santé et améliorer l'efficacité. Les États-Unis ont développé des programmes d'éducation à la santé ciblant les populations marginalisées, afin de leur permettre de mieux comprendre et d'utiliser les services de santé<sup>117</sup>. La littératie en santé est associée à une meilleure utilisation des soins préventifs et à une réduction des hospitalisations pour des affections évitables.

## **6.4. Gouvernance et Régulation**

### **6.4.1. Renforcement des agences de régulation**

La création d'agences de régulation indépendantes, telles que l'Agence Nationale d'Évaluation en Santé en France, est cruciale pour assurer l'efficacité et l'équité des systèmes de santé. Ces agences jouent un rôle clé dans l'évaluation des technologies<sup>118</sup> de santé et la régulation des acteurs privés, favorisant une allocation plus rationnelle des ressources.

### **6.4.2. Contractualisation et incitations**

La contractualisation et les incitations financières, comme le paiement à la performance, sont utilisés pour aligner les comportements des prestataires avec les objectifs de santé publique. En Angleterre, le Quality and Outcomes Framework (QOF) a montré des améliorations en matière de gestion des maladies chroniques grâce à des incitations basées sur la qualité<sup>119</sup>). Cependant, des critiques soulignent que ces modèles peuvent encourager des effets pervers, tels que la sélection des patients<sup>120</sup>.

### **6.4.3. Transparence et redevabilité**

La transparence et la redevabilité sont des éléments essentiels de la gouvernance des systèmes de santé modernes. En Suède, la publication des indicateurs de performance par région a permis une amélioration des soins et une responsabilisation accrue des autorités locales<sup>121</sup>. Cependant, mesurer et interpréter la performance pose des défis, notamment en ce qui concerne les biais potentiels dans la collecte de données et l'évaluation.

---

<sup>117</sup> Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). *Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review*. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. p. 50.

<sup>118</sup> Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). *Systèmes de santé en transition : France*. Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé, p. 93.

<sup>119</sup> Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J. M., Campbell, S., Roland, M., Salisbury, C., & Reeves, D. (2011). *Effect of Financial Incentives on Incentive and Quality of Care in Primary Medical Care in England*. *New England Journal of Medicine*, 365(7), 65-73. p. 68-69.

<sup>120</sup> Roland, M. (2013). *Incentive Payments in Primary Care and their Impact on Patient Outcomes*. *New England Journal of Medicine*, 369(20), 399-402. p. 403.

<sup>121</sup> Anell, A. (2008). *Swedish Health Care System: Achievements and Challenges*. *Health Economics*, 17(6), 229-237. p. 237.

## Conclusion Générale

La recherche d'un équilibre entre efficacité et équité dans l'accès aux soins est au cœur des préoccupations des systèmes de santé contemporains. Cet article a exploré les principaux modèles de financement et d'organisation des soins, leurs performances en termes d'efficacité et d'équité, ainsi que les défis globaux et les stratégies de réforme mises en œuvre dans divers contextes nationaux. À travers une analyse comparative, il apparaît que les systèmes de santé se trouvent contraints d'innover et de s'adapter en permanence pour répondre aux enjeux complexes imposés par le vieillissement démographique, l'augmentation des maladies chroniques, l'évolution technologique, et les attentes croissantes en matière d'égalité d'accès.

Les réformes structurelles et les initiatives visant à optimiser l'efficacité, telles que la rationalisation de l'offre de soins, l'utilisation des parcours de soins, et l'intégration des technologies de l'information, contribuent à renforcer la qualité et l'accessibilité des services. Toutefois, ces stratégies nécessitent une gouvernance rigoureuse pour garantir que l'efficacité ne se fait pas au détriment de l'équité. Les politiques intersectorielles, comme celles visant les déterminants sociaux de la santé et l'éducation sanitaire, jouent également un rôle central en abordant les disparités socio-économiques sous-jacentes à l'inégalité d'accès.

Les exemples de pays comme la Suède, la France, et l'Australie démontrent que des approches hybrides, combinant financement public et contributions privées, peuvent offrir des solutions viables pour atteindre des résultats équilibrés. Cependant, des défis restent présents, notamment en matière de péréquation des ressources, de financement équitable des innovations technologiques, et de participation citoyenne, qui doivent être résolus pour favoriser une meilleure répartition des soins.

En conclusion, la convergence des modèles et l'adoption de stratégies innovantes témoignent de la capacité des systèmes de santé à répondre aux exigences croissantes de leurs populations. Pour garantir une pérennité à la fois équitable et efficace, il est impératif de promouvoir une régulation souple mais rigoureuse, d'encourager des partenariats intersectoriels, et de renforcer la transparence et la redevabilité. Cette orientation permettra de transformer les systèmes de santé en piliers plus solides de justice sociale et de bien-être collectif, répondant aux défis actuels tout en anticipant ceux de demain.

## Références bibliographiques.

### Articles de Revues

- Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., & Gauvin, F.-P. (2007). Public Involvement in Health Policy: Planning and Priority Setting. *Social Science & Medicine*, 64(10), 232-236. p. 233-234.
- Akerlof, G. A. (1970). The market for «lemons»: Quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500.
- Anell, A. (2008). Swedish Health Care System: Achievements and Challenges. *Health Economics*, 17(6), 229-237. p. 235-236.
- Anell, A., & Willis, M. (2021). Health System Decentralization and the Role of Local Authorities in Health Policy. *Health Policy and Planning*, 36(3), 401-411. p. 406-407.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Asada, Y., Hurley, J., Norheim, O. F., & Johri, M. (2015). Unexplained health inequality - is it unfair? *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 11.
- Bach, P. B. (2014). Cancer Care, Cost, and Quality: Balancing Innovation and Access. *Journal of Clinical Oncology*, 32(4), 223-226. p. 225.
- Barr, M. D. (2018). Health Financing in Singapore: Managing Costs and Quality of Care. *Asian Economic Policy Review*, 13(2), 305-320. p. 308-309.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. p. 50.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Fink, G. (2010). Implications of population ageing for economic growth. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 583-612.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., & Hogg, W. (2010). Primary Care Innovation and Organizational Models: Challenges and Opportunities. *BMC Health Services Research*, 10(1), 233-237. p. 304.
- Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 16(2), 1-296. p. 85-86, 144.

- Casalino, L. P., Erb, N., Joshi, M. S., & Shortell, S. M. (2015). Accountable care organizations and population health organizations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(4), 821-837.
- Chalkley, M., & Malcomson, J. M. (2000). Government purchasing of health services. *Handbook of Health Economics*, 1, 847-890.
- Cookson, R., Drummond, M., & Weatherly, H. (2009). Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions. *Health Economics, Policy and Law*, 4(2), 231-245.
- Culyer, A. J. (2006). The bogus conflict between efficiency and vertical equity. *Health Economics*, 15(11), 1155-1158.
- Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457.
- Daniels, N. (2008). Just health: Meeting health needs fairly. *Cambridge University Press*.
- Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J. M., Campbell, S., Roland, M., Salisbury, C., & Reeves, D. (2011). Effect of Financial Incentives on Incentive and Quality of Care in Primary Medical Care in England. *New England Journal of Medicine*, 365(7), 65-73. p. 68-69.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press.
- Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162.
- González López-Valcárcel, B., & Barber, P. (2010). Impact of Regionalization on Health Equity in Spain. *Health Policy*, 94(3), 233-239. p. 237-238.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Nord, E., Pinto, J. L., Richardson, J., Menzel, P., & Ubel, P. (1999). Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes. *Health Economics*, 8(1), 25-39.
- Palmer, S., & Torgerson, D. J. (1999). Definitions of efficiency. *BMJ*, 318(7191), 1136.

- Rawlins, M., & Culyer, A. (2004). National Institute for Clinical Excellence and its Impact on Clinical Guidelines in the UK. *Health Economics, Policy, and Law*, 4(2), 217-228. p. 223-224.
- Wagstaff, A. (1991). QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics*, 10(1), 21-41.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.

I. Livres et Chapitres de Livres

- Boadway, R., & Bruce, N. (1984). *Welfare Economics*. Basil Blackwell.
- Daniels, N. (2008). *Just health: Meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press.

II. Rapports et Publications Institutionnelles

- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération : équité en santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la Santé.
- OCDE. (2022). *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2022*. Organisation de coopération et de développement économiques.
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Statistiques sanitaires mondiales 2020*. Organisation mondiale de la Santé.