



Quel système de santé pour vivre en meilleure santé ? Comparaisons internationales

Katsiaryna Kananovich

► To cite this version:

Katsiaryna Kananovich. Quel système de santé pour vivre en meilleure santé ? Comparaisons internationales. Sixième Colloque international du REIACTIS. Société inclusive et avancée en âge, Feb 2020, Metz, France. <hal-02870769>

HAL Id: hal-02870769

<https://hal.science/hal-02870769v1>

Submitted on 16 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

#REI ACTIS2020
#Booster

Système de santé –comparaison internationale – espérance de vie – analyse multivariée– France, Allemagne, UK, USA, Canada, Russie, Cuba, Biélorussie, Suède, Norvège, Danemark.

QUEL SYSTEME DE SANTE POUR VIVRE EN MEILLEURE SANTE ?
COMPARAISONS INTERNATIONALES

1 Introduction



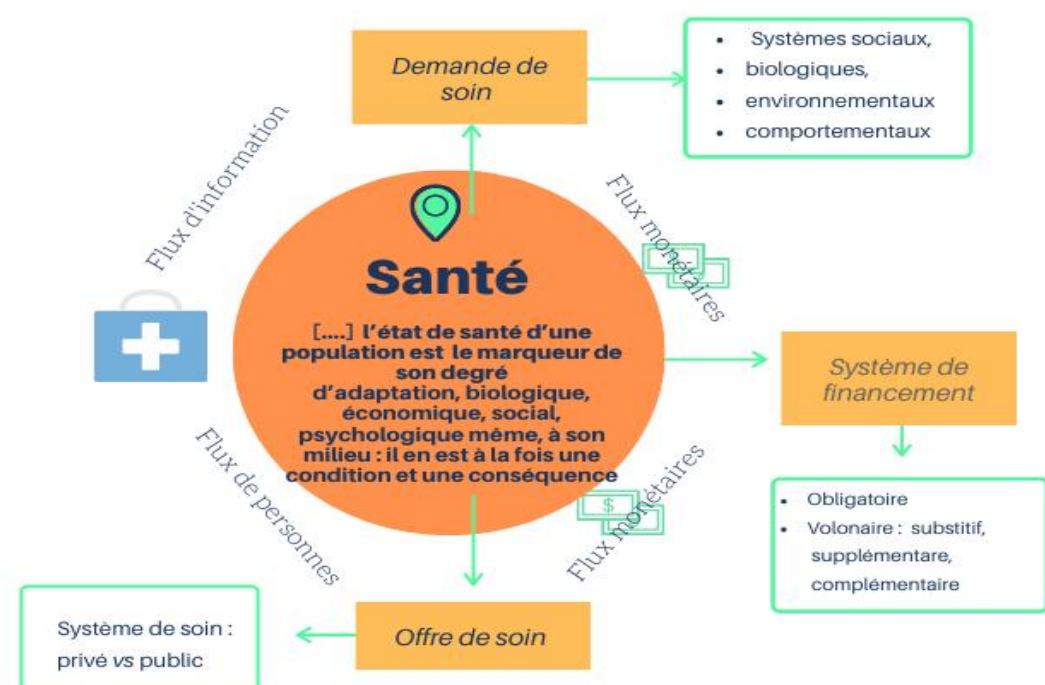
SCAN ME



Сканируй меня

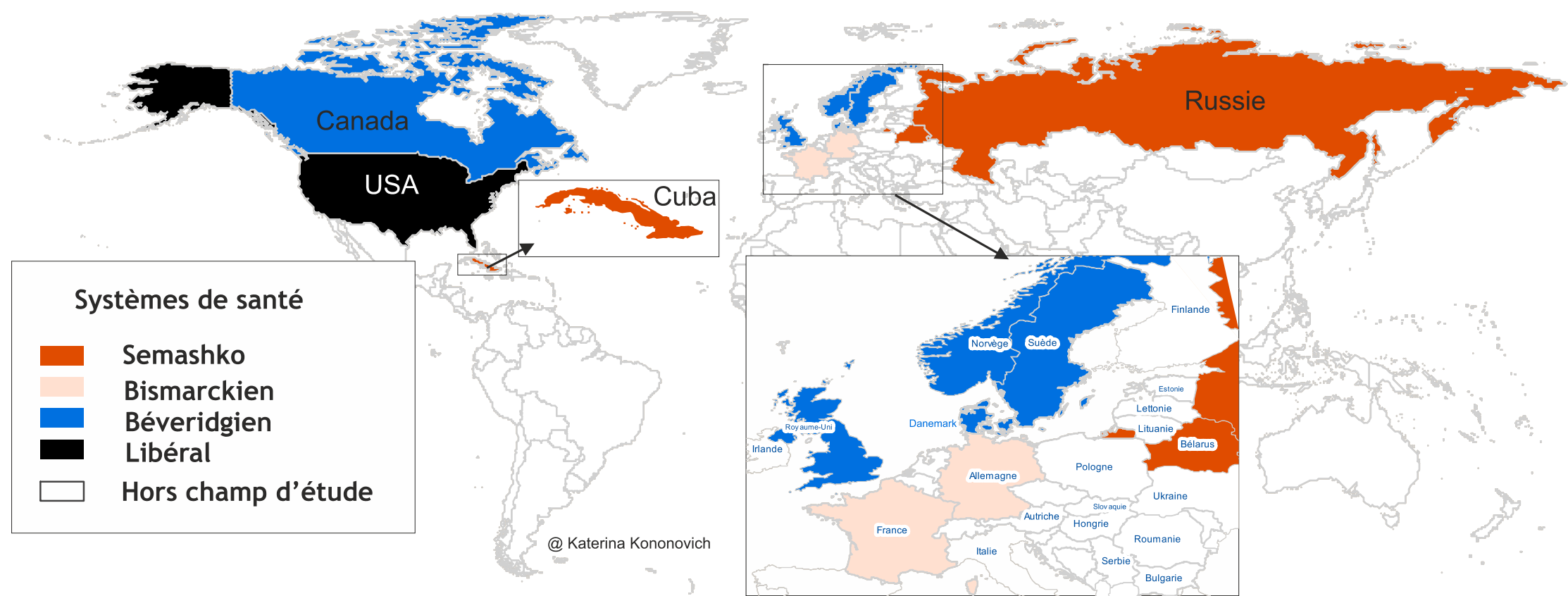
Système de santé

Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.
Le système de santé s'inscrit dans le cadre historique, économique et moral (système de valeurs) des pays.



La santé est un objectif de fonctionnement de tout système de santé et son fondement idéologique. Toute action et décision prises dans le cadre de la politique de santé vise à prévenir, améliorer et accompagner la santé de la population. Les déterminants de la santé représentent donc les éléments incontournables dans l'architecture du système de santé. Cependant, la définition de ces éléments ne fait pas toujours unanimité. En effet, le modèle linéaire, ou mécanique (EVANS, BARER, MARMOR, 1996) de la santé, prônant une forte relation positive entre le développement du système de soin et l'état de santé de population a été longtemps favorisé dans la représentation du système de santé jusqu'à la confusion totale entre les deux systèmes. Inspiré de l'expérience canadienne (LALONDE, 1975) le modèle multifactoriel de santé voit jour et permet de démontrer la nature systémique de la santé. Cependant, la déclinaison de ces éléments dans l'architecture du système de santé n'est pas unanime et révèle l'existence de plusieurs configurations, ou modèles de systèmes de santé.

Les systèmes de santé sont traditionnellement repartis en trois groupes, à savoir le système beveridgien, le système bismarckien et le système libéral. Ils sont aussi représentés comme les modèles de système public intégré, d'assurance sociale et d'assurances privées respectivement (POLTON 2005). Les distinctions parmi les différentes configurations du système de santé portent sur les éléments de mode de financement, de mode de gestion et le degré d'implication d'Etat, des relations avec les professionnels du secteur de santé, d'organisation de la production de soins et de gestion de la filière des patients. Il est donc d'autant plus important et intéressant d'inclure dans cette classification le modèle d'ex- USSR, aussi connu comme le système Semashko et assez souvent ignoré dans les publications occidentales.



2 Données



SCAN ME



Сканируй меня

Pays	pop16	PNB	EVH	EVF	MORTINF	MH15-60	MF15-60	DSHab	DS%PIB	Lits	DensMed	Mortmater	Chom
Allemagne	81 915 000	45	79	83	4	88	49	5	11	8	4	6	4
Belarus	9 480 000	17	69	79	3	241	82	1	6	11	4	4	1
Canada	36 290 000	43	81	85	5	76	49	5	10	3	2	7	7
Cuba	11 476 000	19	77	81	5	116	68	2	11	5	8	39	2
Dnk	5 712 000	44	79	83	4	81	49	5	11	4	4	6	6
France	64 721 000	38	80	86	4	94	48	5	12	6	3	8	10
Norvège	5 255 000	67	81	84	2	66	42	6	10	4	4	5	4
Russie	143 965 000	23	66	77	7	294	111	2	7	10	3	25	6
Suede	9 838 000	45	81	84	3	64	40	5	12	3	4	4	7
UK	65 789 000	36	80	83	4	81	52	3	9	3	3	9	4
USA	322 180 000	54	76	81	6	142	86	9	17	3	3	14	4

Acronymes	Variables	Sources
pop16	Population totale (2016)	oms
PNB	Revenu national brut par habitant (\$ internationaux PPA, 2013)	oms
EVH	Espérance de vie à la naissance des Hommes en 2016	oms
EVF	Espérance de vie à la naissance des Femmes en 2016	oms
MORTINF	Quotient de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes en 2018	oms
MH15-60	Quotient de mortalité pour 1000 hommes de 15 à 60 ans en 2016	oms
MF15-60	Quotient de mortalité pour 1000 femmes de 15 à 60 ans en 2016	oms
DSHab	Dépenses totales (\$) consacrées à la santé par habitant en 2014	oms
DS%PIB	Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB en 2014	oms
Dens Med	Densité médicale pour 1000 habitants	oms
Lits	Lits par 1000 habitants	oms
Mortmater	Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	oms

Les données statistiques de la santé sont obtenues depuis le portail OMS. Pour la zone Europe, les comparaisons internationales d'indicateurs agrégés sont issues des données européennes de bases de données de la santé (European Health for All Family of Databases : HFA-DB). Pour la zone Amérique, la base de données sur les dépenses de santé mondiales (Global Health Expenditure Database : GHED) fournit des données comparables à l'échelle internationale sur les dépenses de santé pour près de 190 pays de 2000 à 2017 sont publiés sur la Plateforme d'information sanitaire des Amériques (Health Information Platform for the Americas : PAHO's).

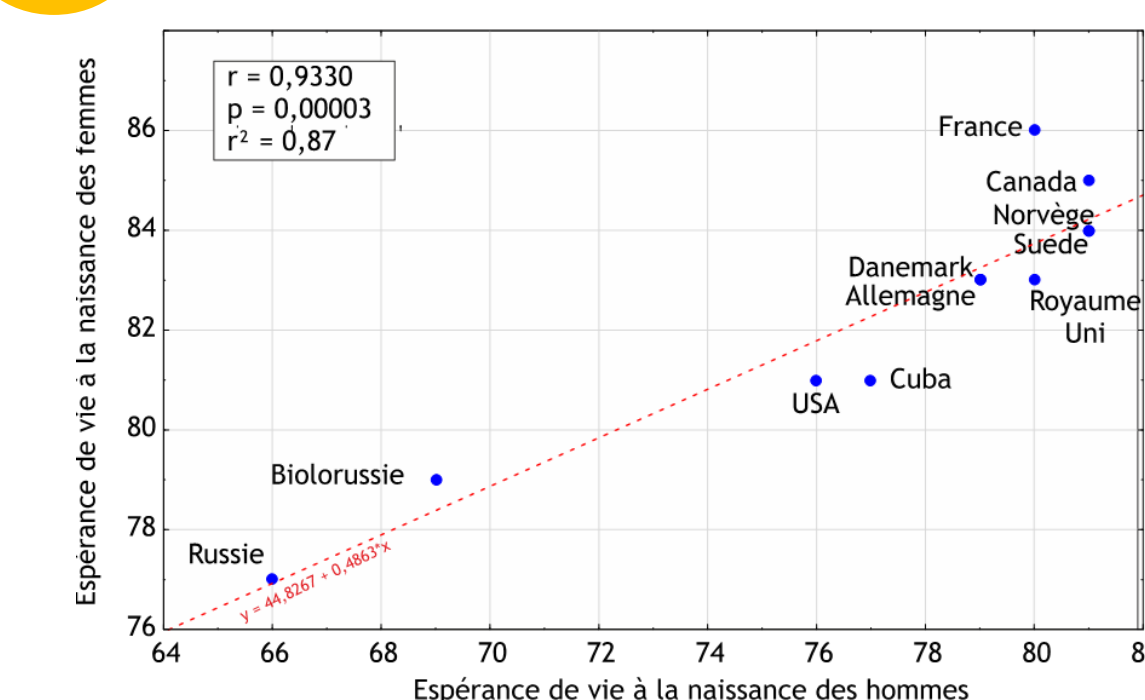
3 Méthodologie

L'ACP à la française utilise des variables et observations actives et supplémentaires. Les variables et observations actives utilisées construisent les composantes principales (facteurs) en fonction de la contribution de leur valeur propre. En parallèle, les variables et observations supplémentaires sont projetées sur le plan factoriel calculé précédemment à partir des variables et observations actives. En fait, le plus important dans l'ACP est de maximiser la variance des composantes principales (facteurs) par le pourcentage cumulé optimum des valeurs propres pour représenter l'ensemble complet des points (variables ou individus).

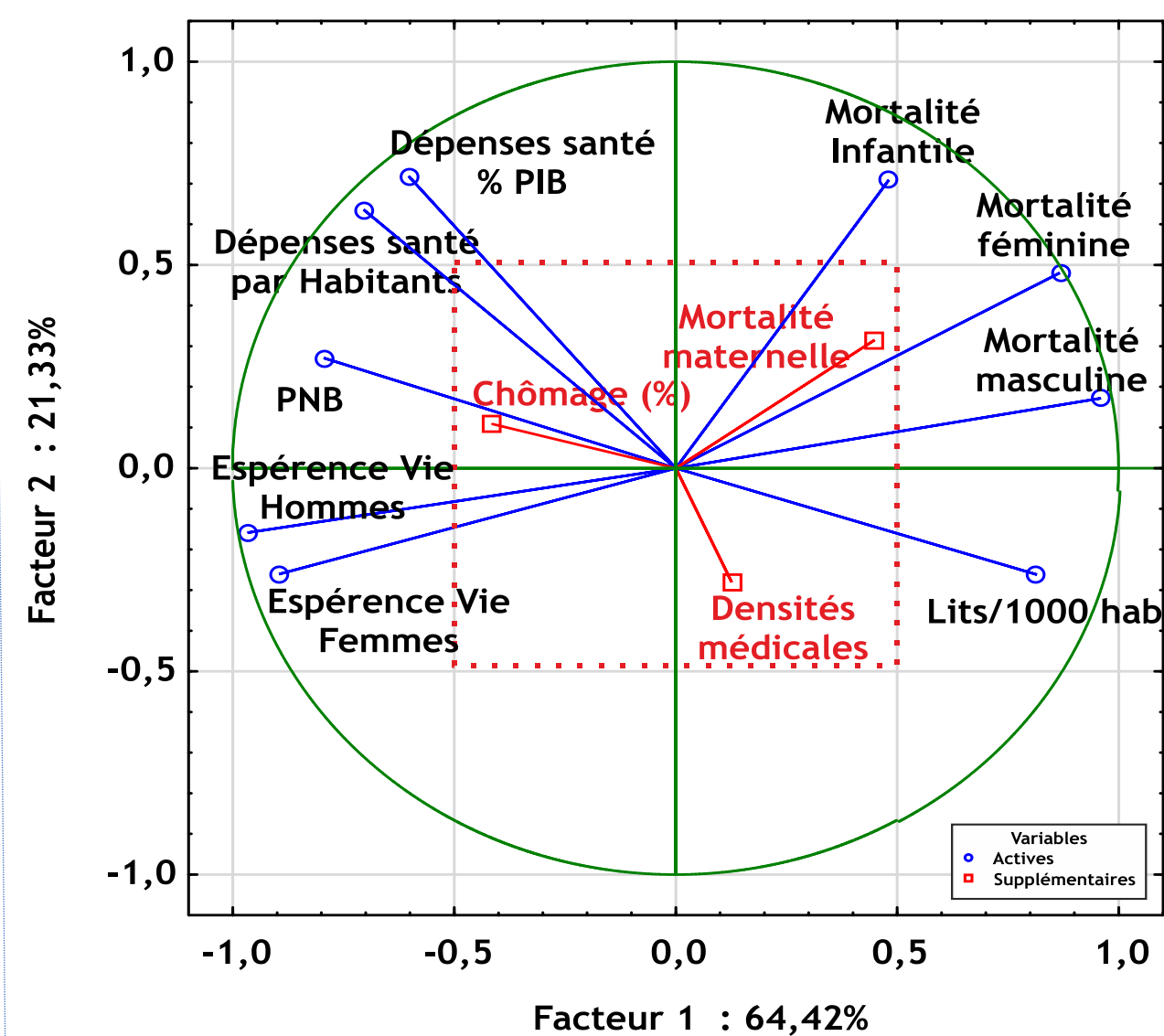
Le but de l'algorithme des classifications hiérarchiques est d'organiser des données observées dans des structures (groupes) explicites. L'objectif de cet algorithme est de rassembler des objets (ici des pays) dans des classes de plus en plus larges, en utilisant certaines mesures de similarité ou de distance. Les résultats de ce type de classification sont représentés sous la forme d'un dendrogramme appelé « arbre de la classification hiérarchique ». Pour lier deux classes ensemble, cette recherche, utilise la méthode de Ward. Cette technique permet de regrouper dans une classe, les individus qui se ressemblent le plus, et dans le même temps, de séparer les classes dont les individus se différencient le plus entre eux.

Onze pays sont retenus dans cette étude, dont trois pays sont sous système de santé Semashko (Russie, Biélorussie et Cuba); deux pays sous système bismarckien (France et Allemagne); un pays sous système libéral (USA); et cinq pays sous système Beveridgien (Royaume Uni, Danemark, Canada, Norvège et Suède),

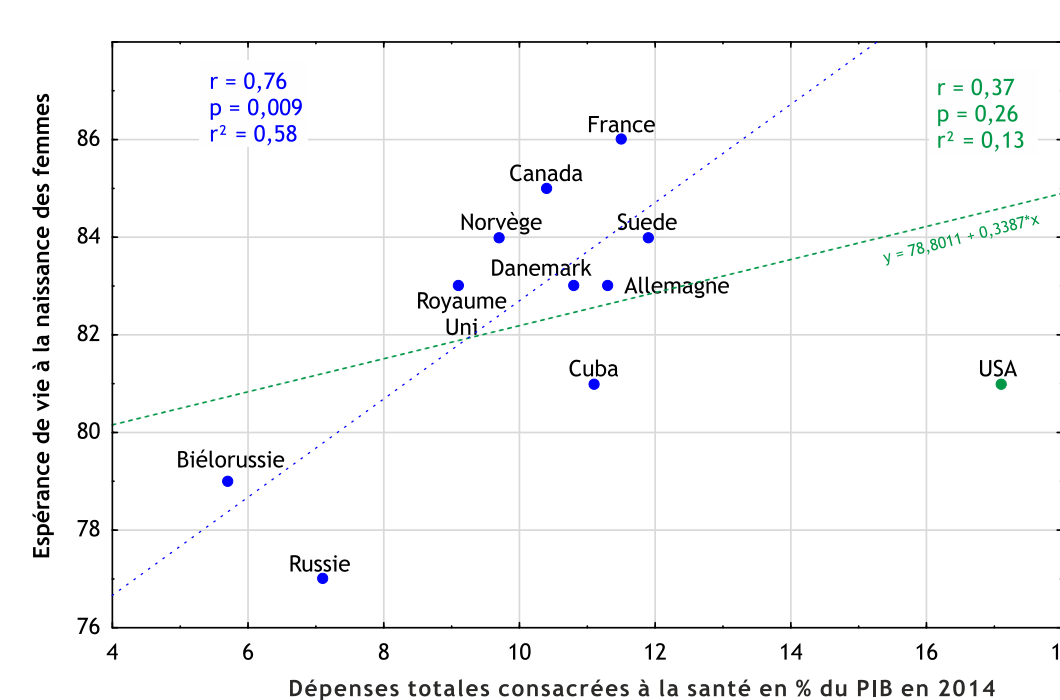
4 Analyses et Résultats



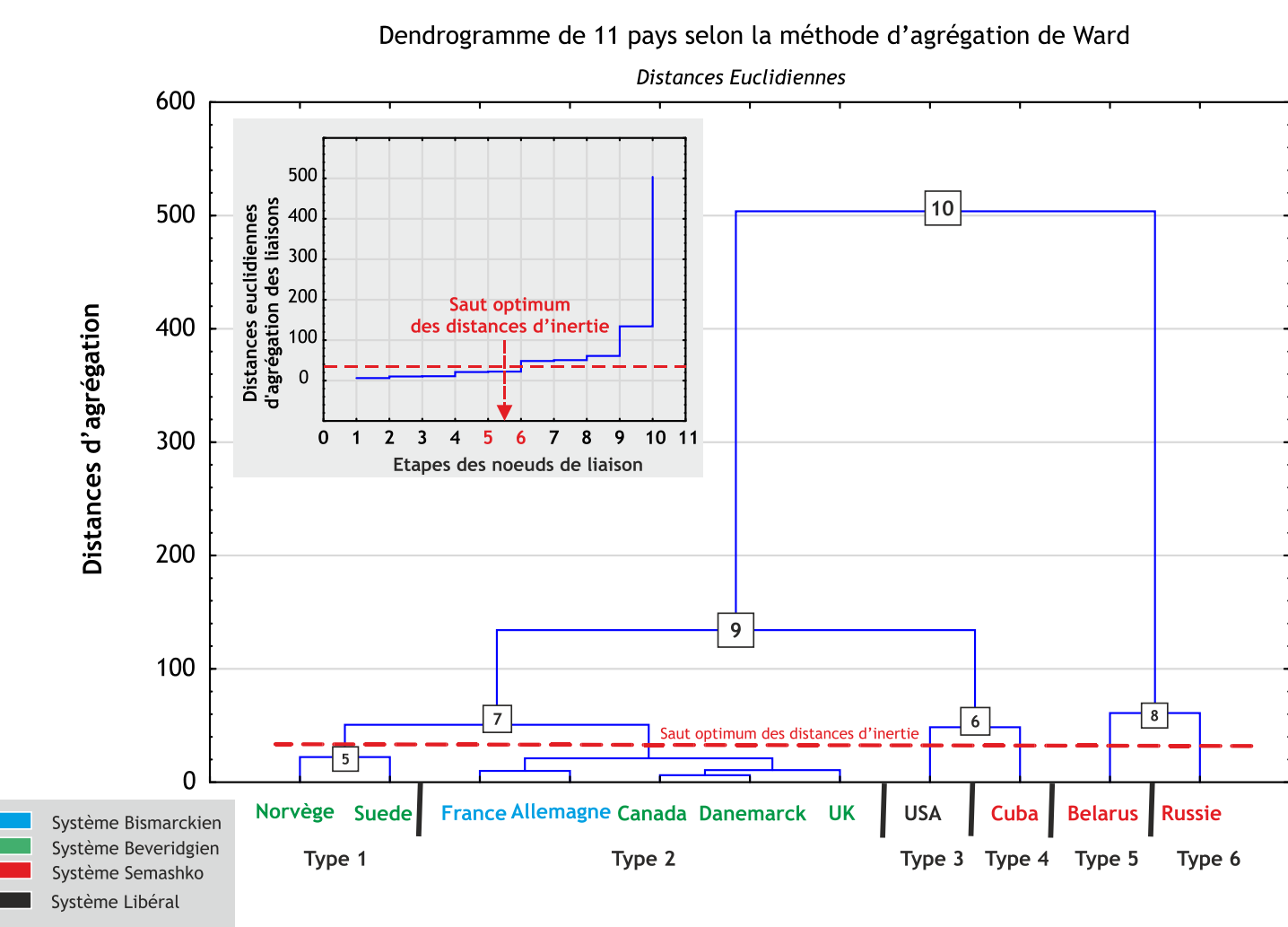
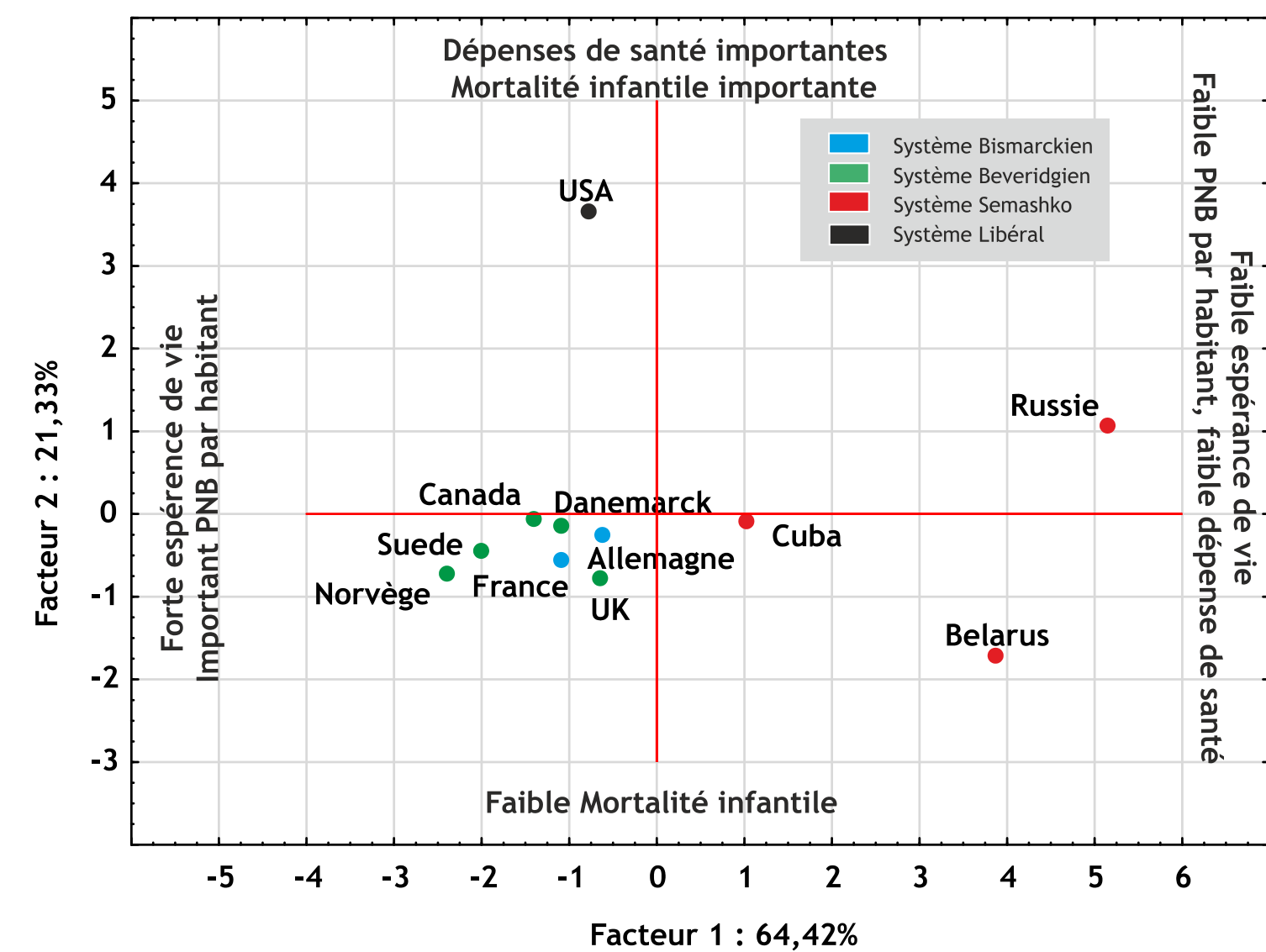
L'espérance de vie est systématiquement et significativement favorable aux femmes, l'amplitude de cette espérance de vie des hommes versus femmes (r=0,93) est cependant contrastée selon les pays étudiés.



Pour les onze pays étudiés, treize variables sont retenues. Neuf variables actives permettent de saturer la variance avec les deux premiers facteurs (facteur 1 et facteur 2 = 85,75 %). Cette étape de l'ACP est essentielle pour la construction de la CAH, en effet, les neuf variables retenues viennent maintenant participer à la mise en place de la typologie des pays étudiés.

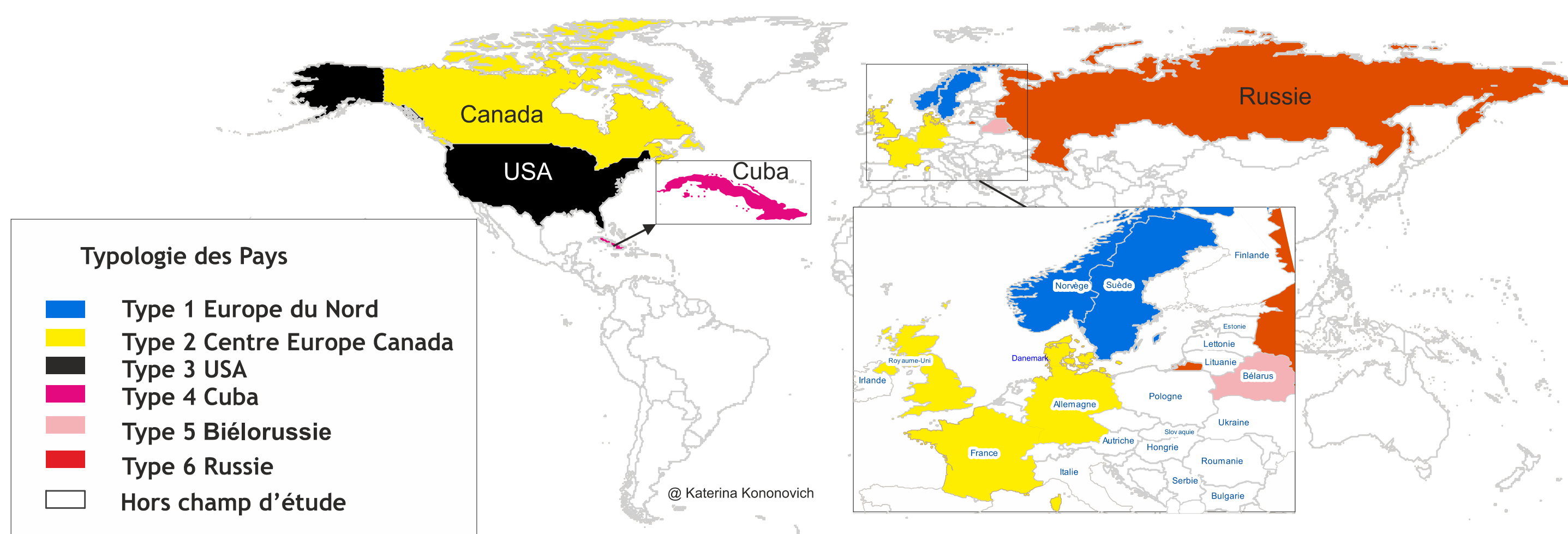


La confrontation de l'espérance de vie des femmes face à l'effort financier des onze pays étudiés ne montre pas de liaison significative (r= 0,37, P>0,26). Cependant, lorsque les Etats Unis d'Amérique du Nord sont soustraits de cette régression linéaire, alors la corrélation devient significative et positive (r =0,76, P<0,009).



Acronymes	pop16	PNB	EVH	EVF	MORTINF	MH15-60	MF15-60	DSHab	DS%PIB	Lits	DensMed	Mortmater	Chom
Belarus	9 480 000	17	69	79	3	241	82	1	6	11	4	4	1
Canada	36 290 000	43	81	85	5	76	49	5	10	3	2	7	7
Cuba	11 476 000	19	77	81	5	116	68	2	11	5	8	39	2
Dnk	5 712 000	44	79	83	4	81	49	5	11	4	4	6	6
France	64 721 000	38	80	86	4	94	48	5	12	6	3	8	10
Norvège	5 255 000	67	81	84	2	66	42	6	10	4	4	5	4
Russie	143 965 000	23	66	77	7	294	111	2	7	10	3	25	6
Suede	9 838 000	45	81	84	3	64	40	5	12	3	4	4	7
UK	65 789 000	36	80	83	4	81	52	3	9	3	3	9	4
USA	322 180 000	54	76	81	6	142	86	9	17	3	3	14	4

Le dendrogramme de la CAH révèle six grandes catégories de pays.
- Le premier type représente les deux pays de l'Europe du nord (Suède et Norvège) dotés comme caractéristiques principales, de forts revenus par habitant; d'une espérance de vie importante pour les deux sexes; de très fortes dépenses de santé par habitant; ainsi que de fortes densités médicales et d'un fort taux de chômage.
- Le deuxième type regroupe quatre pays du centre de l'Europe (UK, France, Allemagne, Danemark) dont les systèmes de santé sont à la fois beveridgiens et bismarckiens, ainsi que le Canada (beveridgien), dotés de forts revenus par habitant; d'une espérance de vie importante pour les deux sexes; de fortes dépenses de santé par habitant; ainsi que d'un fort taux de chômage.
- Le troisième type concerne les Etats Unis et l'aspect libéral du système de santé. Ce Pays est doté de forts revenus par habitant; d'une espérance de vie comparable à la moyenne de cette étude pour les deux sexes; d'une importante mortalité évitable des femmes (15 à 60 ans), ainsi que de très fortes dépenses de santé par habitant et la plus grande part de PIB consacrée à la santé des pays étudiés.
- Le quatrième type concerne Cuba (Semashko) doté d'une espérance de vie comparable à la moyenne de cette étude pour les deux sexes; d'une très importante mortalité maternelle.
- Le cinquième type concerne la Biélorussie (Semashko) dotée d'une importante mortalité évitable pour les deux sexes (15 à 60 ans); et d'un taux de mortalité infanto juvénile très favorable ainsi que le taux le plus bas de la mortalité maternelle malgré la plus faible part du PIB consacrée à la santé des pays étudiés.
- Le sixième type concerne la Fédération de Russie (Semashko) dotée d'un taux de mortalité évitable défavorable pour les deux sexes (15 à 60ans); d'un taux de mortalité infanto juvénile défavorable, mais surtout, d'un taux particulièrement mauvais de la mortalité maternelle.



5 Conclusion

L'analyse de fonctionnement des différents systèmes de santé ne montre pas d'avantage particulier d'un système de santé à l'autre. En effet, les pays dotés d'une forte richesse en termes de PIB, et de forts taux de dépenses de santé, se révèlent identiques en termes d'espérance de vie à la naissance. La divergence de résultats de fonctionnement se retrouve également entre les pays appartenant au même modèle du système de santé (semashko, beveridgiens ou bismarckiens). Ainsi, il n'est pas possible de définir un système de santé comme « idéal-type ». Cependant, il est important de noter l'existence d'autres aléas intervenant dans le champ du système de santé et des déterminants de l'état de santé de la population (contexte économique, politique et culturel).



SCAN ME



Сканируй меня