

# *L'OFFRE DES SOINS ET LES FACTEURS INFLUENÇANT*

## **Introduction**

- Un système de santé peut se définir comme l'ensemble des moyens organisationnels, humains, structurels et financiers, destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.
- Schématiquement, il se constitue autour de trois pièces maitresses: Une offre de soins, des usagers qui demandent des soins, et des financeurs qui financent ces soins.
- Le jeu de l'offre et de la demande de santé n'obéit pas aux mêmes règles qu'en économie générale ; car la santé n'est pas un bien qui peut être consommé et échangé, la santé correspond plutôt à un objectif idéal (*mais celui-ci commence à être revendiqué dans la plupart des pays comme un véritable droit*).
- Le But du système de santé est d'identifier les besoins (par l'épidémiologie) , puis les analyser , pour les faire correspondre et rapprocher autant que possible aux demandes
- Donc le rôle fondamental du système de santé est de fournir une offre de soins à cette demande et de veiller à satisfaire les besoins de la population, qu'ils soient demandés ou non par cette dernière , et sans que l'offre dépasse les limites de ces besoins.

## **Les demandes de soins**

### **A/ Définition:**

- Sachant que le besoin de santé est une carence sanitaire déterminée scientifiquement (*par des moyens biologiques, épidémiologiques ...*) qui appelle des mesures préventives, curatives et de lutte ou d'éradication ;
- Donc la demande c'est le besoin de santé ressenti et exprim par la population ou les professionnels.

### **B/ Indicateurs de mesure des besoins de santé :**

L'identification des besoins doit se baser sur les données suivantes :

#### **1 -les données démographiques :**

- Plus la population augmente plus la demande de soins augmente.
- En 10 ans (de 1998 à 2008), la population algérienne a augmenté de 05 millions

#### **2 -Les données épidémiologiques :**

Elles sont fournies par :

**-Le système national d'information sanitaire** (système de surveillance des maladies à déclaration

obligatoire, registres des maladies chroniques, bureaux des entrées, etc...).

**-La réalisation d'enquêtes nationales ou régionales** (Enquête Nationale de Santé (1990), Enquête TAHINA(2005), etc. Et sont représentées par :

**a-La Mortalité :**

**\_ La mortalité infantile :**

Le taux de mortalité infantile en Algérie a baissé depuis 10 ans :

- 1998 : TMI = 53,4 pour 1000 naissances vivantes\*

- 2008 : TMI = 25,5 pour 1000 naissances vivantes\*

**\_ La mortalité maternelle :**

Le taux de mortalité maternelle

- 1999 : 117,4 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes\* \*

- 2007 : 88,9 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes\*\*\*

Source : \*ONS, \*\*enquête, INSP, \*\*\* enquête MSPRH

**b- La Morbidité :**

• Depuis environ 20 ans, l'Algérie subit une **transition épidémiologique** marquée par la prédominance des maladies non transmissibles(58,6%) par rapport aux maladies transmissibles.

• Il faut noter que malgré cette transition, la part des maladies transmissibles reste considérable (22,7%).

• Les maladies transmissibles prévalentes sont représentées par les zoonoses, les maladies à transmission

hydrique, les maladies évitables par la vaccination, les infections sexuellement transmissibles ainsi que

toutes les autres maladies à déclaration obligatoire.

• On peut citer aussi les maladies émergentes (grippe, sida) et ré émergentes (peste, tuberculose).

• Concernant les maladies non transmissibles dont la fréquence annuelle est en augmentation constante, la préoccupation actuelle est représentée par les maladies responsables de décès et de charge de morbidité

occasionnant des dépenses de santé importantes (maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, les affections respiratoires chroniques, ...)

**3 -Les fréquentations et les consommations des services de santé :**

La fréquentation et les consommations des services de santé influencent la demande de soins.

**4 -Les normes médicotecniques :**

- La densité médicale et paramédicale : seuil critique fixé par l'OMS est de 2,5 personnels soignants pour 1000 habitants.
- Le ratio paramédical/médical fixé par l'OMS est de 4.

### **C/ Classification des besoins :**

**Selon la nature on peut distinguer :**

- **Normatifs** : évalués par les experts en regard d'une norme.
- **Comparatifs** : en comparant 2 populations de niveaux de santé différents
- **Prioritaires** : variabilité selon les acteurs de santé publique.

**Selon le fait que les besoins soient perçus ou pas par le système de santé:**

- **Latents** : Ni les individus ni le système n'en sont conscients
- **Ressentis** : Faire en sorte que les besoins soient exprimés (notamment par personnes défavorisées plus susceptibles d'être malades et moins susceptibles de pouvoir exprimer leur besoin).
- **Exprimés** : Lorsque les besoins ressentis sont exprimés ils deviennent des demandes.

### **D/ Types de la demande :**

- **Demande potentielle** : Souvent Révélée par les professionnels
- **Demande exprimée** : Est individuelle ou collective, peut être exprimée par les professionnels ou par les médias ou même par la population
- **Demande déviante** : Demande non adaptée, qui ne correspond pas à un besoin prioritaire ou sans besoin

### **E/ Les facteurs influençant la demande:**

#### **1. Le financement des soins :**

Assurance maladie induit une tendance à la surproduction et la surconsommation des soins de santé

#### **2 L'âge :**

Les dépenses de santé augmentent avec l'âge. Importantes dans la petite enfance, elles diminuent ensuite pour augmenter à partir d'une quinzaine d'années avec une accélération à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires, et à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières.

#### **3 Le sexe :**

Les femmes utilisent plus de prestations de santé que les hommes

#### **4-La catégorie socioprofessionnelle :**

L'accès aux soins des chômeurs est moins fréquent, mais lorsqu'ils consomment des soins, leurs dépenses de médecine générale et de médicaments sont plus élevées que la moyenne

#### **5. Le niveau d'étude :**

Même à catégorie socioprofessionnelle ou revenu identique, le niveau d'étude influence la consommation de soins. Les personnes avec un haut

niveau d'étude sont plus susceptibles d'avoir un excès de recours aux soins

## 6. Les pathologies présentes dans la population

L'apparition de certaines maladies ou l'augmentation leurs incidences influencent la consommation médicale

### L'offre

C'est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de santé

#### **a- Les ressources humaines :**

Sont représentées par les personnels de santé :

- Médical
- Paramédical
- Administratif
- Personnels de soutien logistique

#### **b- Les ressources matérielles:**

**Les infrastructures** : elles sont représentées par les structures de santé publiques et privées.

Les structures sanitaires sont :

- Centre Hospitalo-universitaire (CHU)
- Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS)
- Etablissements Public Hospitalier (EPH)
- Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU Oran)

Pour les Etablissement publics de santé de proximité (EPSP), il y'a les polycliniques, les centres de santé et les salles de soins.

En plus de tous ce qui est cité on rajoute :

- Les centres d'hémodialyse
- Laboratoires d'analyses médicales
- Les centres d'imageries médicales et de radiodiagnostic

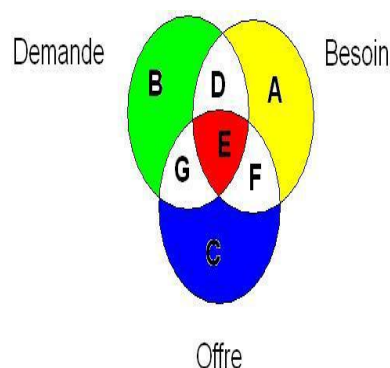
#### **c- Ressources financières:**

En Algérie, l'essentiel des sources de financement repose sur l'état et la sécurité sociale.

## Déséquilibre entre l'offre et la demande

### **Différentes situations rencontrées:**

- A. Besoin non demandé et non pris en charge
- B. Demande sans besoin non prise en charge
- C. Offre de soins non demandé, ni ressenti
- D. Besoin demandé non pris en charge
- E. Besoin demandé et pris en charge



F. Besoin pris en charge, non demandé

G. Demande sans besoin prise en charge

La situation idéale est celle où une institution offre un service correspondant à un besoin, pour lequel il y a une demande.

• **Exemple en matière de ressources humaines :**

### **1-PLETHORE :**

Si, pour le confort du patient, l'offre peut croître quasi infiniment, il est important néanmoins de maîtriser le rythme de sa croissance pour les raisons suivantes :

- Maîtriser la croissance des dépenses de soins.
- Risque pour la qualité des soins (vu le risque de déqualification du personnels sous occupés en cas de patientèle réduite)
- Prévention quaternaire (risques iatrogènes en cas de soins inutiles induits par la surabondance de l'offre).
- Le rythme de l'évolution prévisible de l'offre : si ce rythme est excessif, il sera difficile pour les services hospitaliers d'absorber sans heurt le surcroît de diplômés ; il s'agit là d'un clignotant d'alerte important qui peut permettre d'anticiper les évolutions dangereuses.

### **2-LA PENURIE :**

Pour apprécier une éventuelle pénurie, les indicateurs suivants ont été proposés :

- Accès insuffisant aux soins : faible disponibilité, temps d'attente ou délais excessifs...
- Les départs croissants vers l'étranger, de plus en plus quand l'accessibilité aux soins s'en voit pénalisée, par exemple par des files d'attentes.
- Diminution d'effectifs : offre croissante mais moins vite que la demande.
- Emigrations du personnel et fermeture de services.
- La présence d'une proportion relativement forte de praticiens étrangers.
- Difficultés de recrutement, tension sur les salaires et les prix.
- Signaux sociologiques: plaintes de patients ou de professionnels, soins prodigués par des médecins étrangers ou des non médecins, surcharge de travail.

## **Conclusion**

- Il est difficile de contrôler l'offre et la demande tout en ciblant un état de santé idéal pour toute la population et en tenant compte des ressources limitées.
- Si l'on considère la définition de la santé comme étant un état de bien-être physique mental et social, la demande de soins et par elle-même est illimitée, la limite de la demande réside en fait dans l'utilisation plus ou moins facile du système de soins en fonction des données actuelles des connaissances médicales.