

**UNIVERSITE SALAH BOUBNIDAR CONSTANTINE 3**

**FACULTE DE MEDECINE DE CONSTANTINE**

**DEPARTEMENT DE MEDECINE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020-2021**

**LES SYSTEME DE SANTE DANS LE  
MONDE**

**Dr S. AMARUCHE**

**Maitre assistante en Epidémiologie**

**Université 3 de Constantine**

**SEMEP CHU Constantine**

## I- INTRODUCTION :

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement individuel, social et économique. Compte tenu de ce principe, chaque pays consacre dans sa constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé et ce grâce à leur système de santé.

## II- DEFINITIONS DES CONCEPTS :

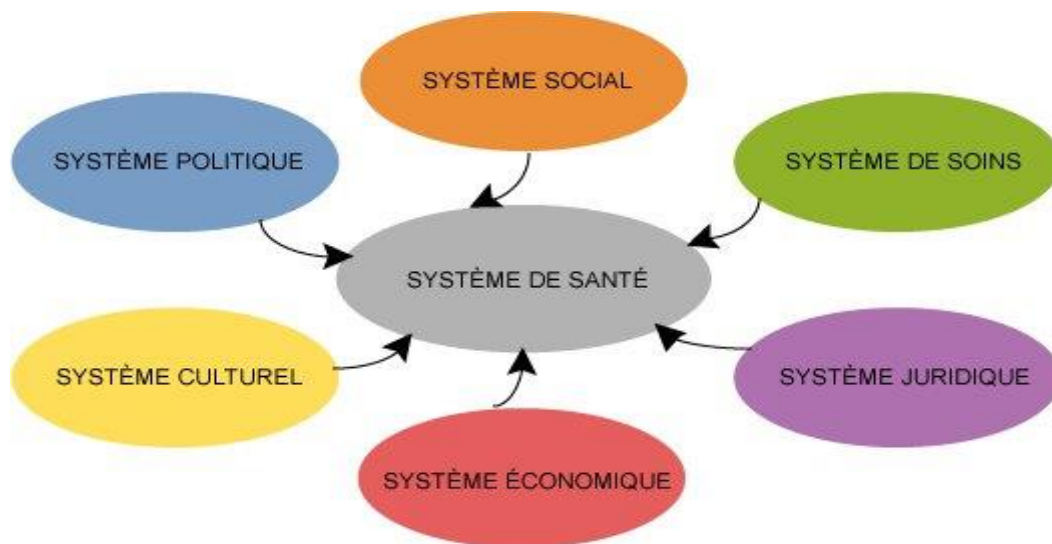
### 1- Définition du système de santé

Le système de santé correspond à l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé d'une population. Il se conçoit comme un système organisé d'actions, dont la finalité est d'améliorer la santé de la population.

Dans une vision large de santé publique, le système de santé, dont va dépendre l'état de santé d'un pays, est composé de différents « sous-systèmes » : le sous-système économique, social, culturel, politique, juridique... . Le système de santé est donc un système complexe d'interactions

Selon la définition de l'organisation mondiale de la santé, un système de santé se compose : »de toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé »

La mission d'ensemble d'un système de santé est « d'améliorer la santé en répondant aux besoins tout en étant équitable sur le plan financier et en utilisant aux mieux les ressources disponibles.



**Le système de santé**

## 2- Définition du système de soins

Dans la définition large qui est donnée du système de santé, le système de soins est l'un des sous-systèmes, qui contribue, aux côtés des autres sous-systèmes, au niveau de santé d'une population.

Le système de soins correspond à l'ensemble des services qui fournissent des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé. Cependant, le terme système de santé est fréquemment utilisé dans un sens plus restrictif, qui en fait un synonyme de système de soins.

### III- Missions du système de santé

Le système de santé doit être capable :

- 1) d'identifier les besoins de santé de la population,
- 2) de choisir des priorités d'actions,
- 3) de mettre en œuvre une politique de santé adaptée aux besoins : distribution de soins préventifs et curatifs individuels et collectifs, programmes d'actions de santé, programmes de recherche...

### IV- LES QUATRE VALEURS ESSENTIELLES D'UN SYSTEME DE SANTE

L'OMS propose 4 valeurs essentielles, susceptibles de guider l'élaboration et l'évaluation des systèmes de santé, valeurs qu'elle présente sous la forme d'un diagramme, qu'elle considère comme la représentation de la «boussole de la santé »

1. **La qualité** : est l'aptitude du système à fournir des réponses satisfaisantes aux besoins de santé d'une personne. La qualité des soins peut être examinée sous l'angle des utilisateurs du système (qui attendent qu'on réponde à leurs besoins avec humanisme, respect et attention personnelle, en leur proposant une gamme complète de services) et sous l'angle des professionnels de santé (soins conformes aux référentiels de bonne pratique et aux données actuelles de la science).

2. **L'équité** : est la capacité du système à permettre que toute personne de la population ait un accès garanti à un ensemble minimal de services appropriés, répondant à ses besoins, sans discrimination de race, sexe, âge, groupe ethnique ou religieux, niveau socio-économique...

3. **La pertinence** : est l'aptitude du système à agir prioritairement sur les besoins ou problèmes de santé reconnus comme étant les plus importants (problèmes prioritaires), et à cibler les services sur les personnes ou les groupes qui en ont le plus besoin.

4. **L'efficience** : est la capacité du système à faire le meilleur usage possible des ressources disponibles. Elle implique de connaître le coût des différentes prestations et leur efficacité respective et de prendre en compte ces données dans la politique de santé.

## V- LES QUALITES D'UN SYSTEME DE SANTE

Pour optimiser le niveau de chacune des 4 valeurs, le système de soins doit rechercher les qualités suivantes :

**1- La globalité** : soins complets, continus, personnels de promotion, prévention et restauration de la santé

**2- L'accessibilité** : Sur le plan :

- **Géographique**: Le système de santé doit être proche de la population : la distance entre la communauté et les structures constitue un critère d'appréciation du système de santé.

- **Economique** : Le droit à la santé constitue un des principes fondamentaux des droits de l'homme, le coût ne devant pas lui faire obstacle.

**3- L'acceptabilité** : pour les usagers mais aussi pour les professionnels de santé et pour les financeurs.

**4- L'efficacité** : Sur le plan :

- **Technique** : basé sur les méthodes scientifiques approuvées

- **Economique** : nécessitant des choix compatibles avec des efforts des pays pour assurer le financement des besoins de santé, tout en respectant les progrès de la science. Donc concilier la plus stricte économie possible avec la meilleure efficacité du traitement c'est à dire cout/avantage

**5- La souplesse** : c'est à dire la capacité à s'adapter rapidement en cas d'émergence de nouveaux besoins, et à se redéployer lorsque les services ne sont plus pertinents. Rappelons qu'un service de soins efficace peut se condamner lui-même, s'il parvient à éradiquer le problème de santé pour lequel il a été mis en place.

**6- La possibilité d'être planifiable et évaluable.**

Ces deux qualités sont essentielles:

Le rôle de la planification est de déterminer les ressources disponibles pour satisfaire les besoins et choisir les solutions aptes à modifier la situation.

Il convient ensuite d'évaluer les techniques, les structures et le matériel utilisés pour atteindre les objectifs fixés préalablement.

## VI- LES PILIERS D'UN SYSTEME DE SANTE:

Les éléments constitutifs d'un système de santé sont :

- **La prestation de services de santé :** Les bons services de santé sont ceux qui assurent des interventions de santé efficaces, sûres et qualitatives aux personnes qui en ont besoin et avec un gaspillage de ressources minimum.
- **Un personnels de santé réactif :** Les personnels de santé performants sont ceux qui oeuvrent de manière réactive, juste et efficace en vue d'obtenir les meilleures issues possibles au regard des ressources disponibles.
- **Un système d'information sanitaire :** Un système d'information sanitaire qui fonctionne bien doit assurer la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'information fiable actualisées sur les déterminants de la santé, la performance des systèmes de santé et la situation sanitaire.
- **Des technologies médicales :** Un système de santé qui fonctionne bien assure un accès équitable aux produits médicaux, aux vaccins et technologies essentiels dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût /bénéfice sont garantis.
- **Un système de financement de la santé :** Un bon système de financement de la santé récolte les fonds sanitaires adéquats de manière à assurer que les populations puissent recourir aux services nécessaires et stimule la prestation de services assurant l'efficacité pour les prestataires et les bénéficiaires
- **Une direction et une gouvernance :** elles doivent garantir la mise en place de cadres de politique stratégique assortis de mécanisme de contrôles efficaces, d'alliances, de procédures, de réglementations, de mesures d'incitation et une conception attentive du système.

## VII- PRINCIPAUX TYPES DE SYSTEMES DE SANTE

On distingue généralement deux types de systèmes : **Centralisé et Décentralisé.**

La différence entre les deux types tient :

- Au statut des producteurs de soins
- Au type de protection sociale de la population
- Au mode de financement du système de santé.

## **1 / LES SYSTEMES CENTRALISES :**

Le système centralisé, où l'Etat joue le rôle principal, en étant à la fois **le contrôleur, le planificateur et le financeur** de l'ensemble du dispositif, qui relève ainsi exclusivement du secteur public : modèle du « National Health Service » (N.H.S.) anglais créée en 1948 par Beveridge.

### **a- L'offre de soins :**

Chaque citoyen britannique qui souhaite bénéficier des prestations du NHS doit s'inscrire chez un médecin généraliste, choisi sur une liste de généralistes sous contrat avec le NHS (ce qui est la cas de l'immense majorité).

L'organisme administratif chargé de coordonner l'offre et la demande, la Family Health Service Authority « FHSA », est informée de son choix. Il s'agit d'un organisme local, dont le territoire correspond souvent à celui d'un comté.

Les généralistes n'ont pas le droit de s'installer dans des zones à trop forte densité médicale, Chaque médecin est, en effet, sous contrat avec le FHSA qui le rémunère en proportion de la clientèle inscrite chez lui et, dans une moindre mesure, en fonction de certains actes qu'il effectue (vaccinations, frottis, etc.). Sa clientèle ne peut donc excéder une certaine taille. Le malade est toujours libre par la suite de changer de médecin, mais pour ce faire, il doit au préalable demander sa désinscription de la liste de son premier médecin, puis se faire inscrire chez un autre.

C'est uniquement sur avis de son médecin généraliste que le malade pourra aller consulter à l'hôpital, ou s'y faire admettre en séjour (à part, bien entendu, en cas d'urgence).

### **b- Le système de financement :**

Le financement du système de santé en Angleterre est, comme on l'a dit, majoritairement fiscalisé (85%), le reste étant à la charge d'assurances nationales, ou financé par des assurances privées complémentaires, une contribution étant demandée aux malades pour les médicaments en externe, les soins dentaires ou oculaires. Ce financement se fait à partir du Ministère (Department of Health ), qui fixe l'enveloppe globale des dépenses de santé pour l'ensemble du pays.

## **2 / LES SYSTEMES DECENTRALISES :**

Le système décentralisé où le rôle de l'Etat se limite à la définition des règles du jeu et aux contrôles réglementaires indispensables et où une large autonomie est laissée à la fois aux usagers et aux professionnels offreurs de soins, le financement du système étant assuré par une offre concurrentielle d'assureurs privés. Si l'utilisateur a le libre choix de souscrire tel ou tel contrat d'assurance, son accès au système de soins, qui relève exclusivement du secteur privé, est conditionné par le type de contrat souscrit.

**Exemple : les états unis**

### **a- L'offre de soin :**

En général, les médecins et les hôpitaux sont rémunérés à l'acte par les compagnies d'assurance publiques ou privées. Aucune provision légale ne contrôle la rémunération de ces derniers. Cependant, afin de contrôler l'augmentation des coûts de santé, différentes formules de services intégrés ont été développées par le secteur privé

### **b- Modes de financement**

Plusieurs modes de financement, privés et publics, sont mis à profit.

#### **1- Les assurances privées :**

Les assurances privées comprennent aussi bien les assurances de groupe prises par l'employeur que les assurances individuelles. Elles couvrent 74 % de la population dont la grande majorité sont des personnes de moins de 65 ans.

#### **2- Assurances publiques :**

Il existe deux principaux programmes publics d'assurance-maladie soit, Medicare et Medicaid. À ces deux programmes, il faut ajouter les dépenses faites par les États et les municipalités pour assurer un minimum de soins aux plus défavorisés.

➤ **Medicare** : Le programme Medicare est un programme d'assurance santé fédéral instauré en 1965 par Lyndon B. Johnson.

Ce programme, qui a évolué au cours des dernières décennies, est destiné seulement à une partie de la population :

- Les personnes âgées de 65 ans ou plus
- Les personnes de moins de 65 ans avec certaines incapacités (notamment dues aux maladies rénales en phase terminale). Ce régime ne couvre que 50 % des dépenses de santé des personnes âgées, ce qui fait qu'un grand nombre de ces dernières doivent souscrire à une assurance complémentaire.

➤ **Medicaid** : Tout comme Medicare, le programme Medicaid a été instauré en 1965. Il s'agit d'un programme cofinancé par le gouvernement fédéral mais géré par chacun des États, destiné aux individus et familles possédant de faibles revenus.

### **3/ LES SYSTEMES MIXTES :**

#### **a- Prestations des soins :**

Les médecins sont soit des salariés à l'emploi des établissements publics, soit des professionnels autonomes payés à l'acte.

Il existe différents types d'institutions hospitalières dont les plus importantes sont les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. En cas d'hospitalisation, le malade est libre de choisir l'institution de son choix. Les deux types d'établissements se complètent.

#### **b- Mode de financement :**

Le financement se fait à partir des cotisations obligatoires versées par tous les citoyens aux caisses d'assurance-maladie.