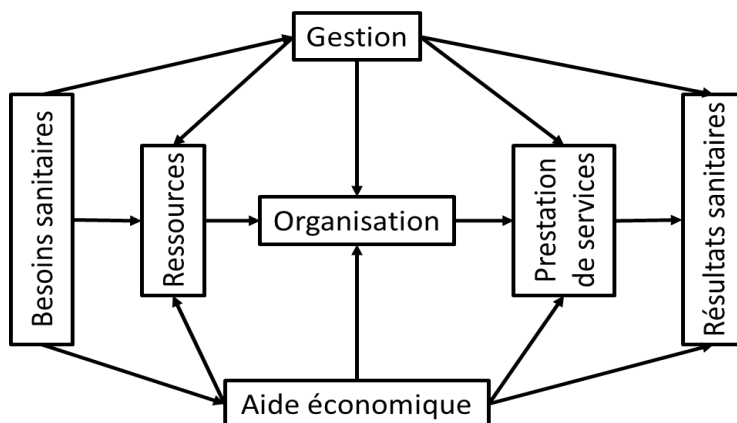


## Systeme de santé dans le monde et en Algérie

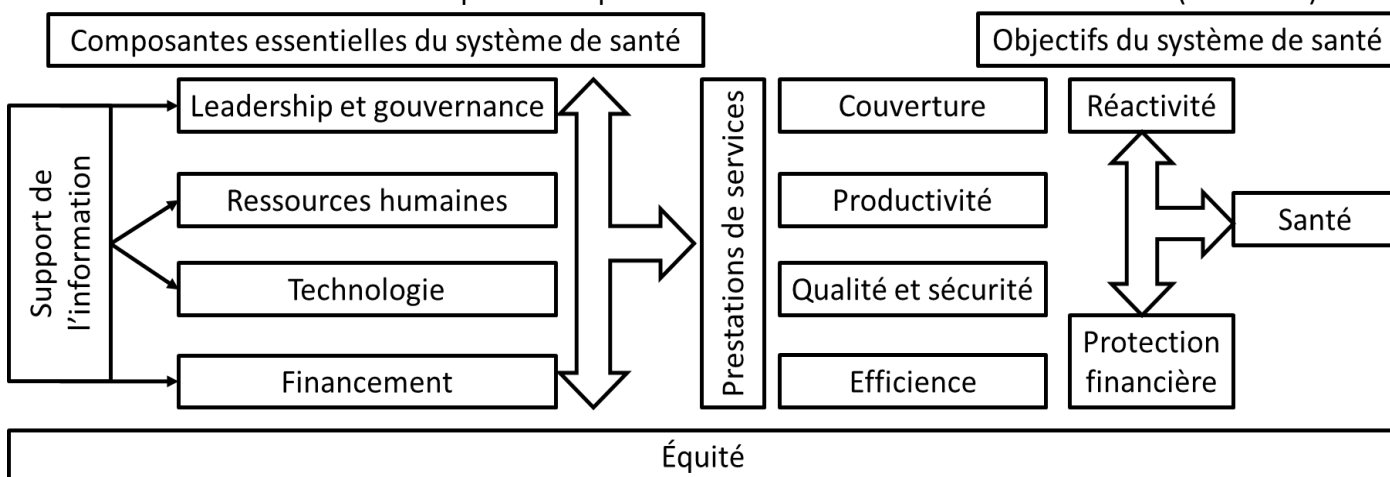
### Systeme de santé

- Ensemble des ressources, du financement, de l'organisation, de la gestion qui couvrent l'offre de services pour la population (Roemer)
- Ensemble des activités dont la fonction primordiale est de promouvoir, protéger, restaurer et maintenir la santé (OMS 2000)



#### Objectifs :

- Offrir un niveau optimal d'état de santé, distribué équitablement
- Garantir un degré adéquat de protection financière pour tous contre les risques
- Assurer le niveau le plus élevé possible de satisfaction des consommateurs (réactivité)



#### Piliers :

- De bons services de santé délivrant des interventions de santé personnelles et non-personnelles efficaces, sûres et de qualité, quand et où elles sont nécessaires, avec un minimum de gaspillage de ressources
- Un personnel de santé performant travaillant de façon réactive, équitable et efficace pour atteindre les meilleurs résultats de santé possibles, compte tenu des ressources disponibles et des circonstances (personnel suffisant, réparti équitablement, compétent, réactif et productif)
- Un système d'information sanitaire assurant la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de l'information fiable et opportune sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et l'état de santé
- Accès équitable à des produits médicaux, vaccins et technologies essentiels dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et la rentabilité sont assurées et dont l'utilisation est scientifiquement saine et rentable
- Un bon système de financement de la santé mobilisant des fonds suffisants pour la santé de manière à s'assurer que les personnes peuvent utiliser les services nécessaires et sont protégés contre les dépenses catastrophiques ou l'appauvrissement associés au paiement pour ces services. Il offre des incitatifs aux prestataires et aux usagers pour être efficient
- Leadership et gouvernance assurant l'existence des cadres stratégiques combinés à un monitoring efficace, à la construction d'alliances, à la régulation et à la conception du système

- Ses composantes agissent en harmonie et synergie, interagissent avec l'environnement socio-politique et économique, dynamique, évolue avec le temps
- Deux modèles de système :
  - **Bismarck** (Allemagne, 1883) :
    - Régimes obligatoires d'assurance maladie fondés sur une affiliation professionnelle et financés par des cotisations patronales et salariales
    - N'engage pas directement les finances publiques, mais nourrit la progression d'un budget social
  - **Beveridge** (Angleterre, 1948) :
    - Création d'un monopole de la santé publique
    - C'est un système universel de protection sociale sans affiliation
    - Financé par la masse des impôts recouverts, ce qui engage directement les finances publiques
  - **Système mixte** (États Unis) :
    - Mesures d'assistance destinées aux familles défavorisées, prestations qui sont à la charge des dépenses publiques (Medicare, Medicaid)
    - Mesures assurancielles sous la forme des plans d'assurance santé proposés par les employeurs ou souscrits à titre individuel
    - Ne comporte pas d'obligation d'assurance (15% de la population reste dépourvue de prise en charge)
  - **Système beveridgien centralisé** (Royaume Uni : National Health Service) :
    - Gratuité des soins offerts à l'ensemble de la population qui en exprime le besoin
    - Financement reposant essentiellement sur l'impôt (82%)
    - Autonomie des prestataires de soins, c'est-à-dire, liberté d'installation et de prescription (possibilité d'exercer soit dans le public, le privé ou les deux)
  - **Système beveridgien décentralisé** (Italie) :
    - Le système italien, initialement bismarckien, est passé au système beveridgien en 1978 suite à l'accroissement rapide des dépenses de protection sociale observé entre 1960 et 1975
    - La réforme de 1978 s'est inscrite dans la décentralisation aux régions et municipalités :
      - ✓ Transfert des pouvoirs de régulation du système des mutuelles gestionnaires de l'assurance maladie vers les municipalités gestionnaires du système national de santé
      - ✓ La charge du financement a été, dans un premier temps, transférée vers les finances publiques locales
      - ✓ La participation des finances publiques s'est stabilisée, puis a décliné
    - Le système de santé s'est progressivement paupérisé, le système hospitalier en particulier, détournant la population vers le secteur privé
    - Les inégalités Nord/Sud en structures sanitaires demeurent, par ailleurs, flagrantes
    - Les réformes des années 1990 sont venues entériner la privatisation partielle du service de santé
  - **Système bismarckien décentralisé** (Allemagne) :
    - L'Allemagne ne connaît pas de sécurité sociale pour tous, mais un système parallèle d'assurances sociales et d'assurances privées
    - L'affiliation à une caisse d'assurance-maladie (nombreuses) n'est obligatoire qu'en-dessous d'un certain plafond de revenu, défini par l'état
    - Pour les retraités et les chômeurs, l'affiliation est facultative

- Très nette séparation entre le système hospitalier et le secteur ambulatoire :
  - ✓ Le secteur ambulatoire est entièrement privé
    - ❖ Les médecins de ville sont rémunérés par l'intermédiaire des unions professionnelles de médecins, ces unions négocient une rémunération avec les caisses d'assurance maladie, au niveau du Land (région), qui est ensuite répartie entre les différents médecins
    - ❖ Les assurés bénéficient donc de la gratuité des actes ambulatoires
  - ✓ Les hôpitaux publics ou privés non-lucratifs (87% des lits d'hospitalisation) sont financés selon le système des forfaits par pathologie
    - ❖ Ceux-ci emploient des médecins salariés
    - ❖ L'accès à l'hôpital se fait sur prescription d'un médecin de ville
- Les différentes caisses sont tenues d'assurer chacun son équilibre financier : des taux de cotisation différenciés selon les caisses (concurrence entre les caisses)
- **Système bismarckien centralisé (France) :**
  - Mis en place au lendemain de la 2<sup>e</sup> guerre, repose sur une couverture financière collective généralisée à l'ensemble de la population
  - Le régime général couvre 80% de la population, le reste étant couvert par les autres organismes professionnels
  - Des caisses d'assurance privée et des mutuelles offrent un complément de couverture à leurs bénéficiaires
  - Les hôpitaux publics sont financés par budget global
  - Les médecins libéraux sont payés à l'acte par les patients qui sont ensuite remboursés
  - L'ensemble est financé par les cotisations salariales, patronales (taux de prise en charge variable)
  - La même démarche est utilisée pour les médicaments sauf dans le cas de la mise en place par les pharmaciens d'officine du système du tiers payant
  - Les prix des médicaments remboursés sont régulés, de même que l'ensemble de la tarification des soins et biens médicaux remboursés
  - Le système français se caractérise aussi par la grande liberté du patient

## Système de santé en Algérie

- **Période 1962-1972 :**
  - **Caractéristiques :** départ massif du corps médical français passant de 2500 à 630 médecins, insuffisance d'infrastructures sanitaires, dont la plupart concentrées au Nord du pays
  - **Indicateurs :** mortalité infantile : 180/1000 en milieu urbain, espérance de vie : 50 ans, 1,2-1,6 médecins/10.000 habitants, 1-2 chirurgiens-dentistes/100.000 habitants, 3 pharmaciens/100.000 habitants
  - **Actions :** réduction des disparités, intensification de la formation des personnels médicaux et paramédicaux, développement des infrastructures de bases
- **Période 1973-1987 :**
  - **Faits marquants :** instauration de la médecine gratuite (1974), réforme des études médicales, création des secteurs sanitaires, réalisation en équipement de nouvelles structures (hôpitaux, polycliniques, centre de soins, salles de soins) → amélioration de la situation sanitaire mais les disparités régionales ont persisté
- **Analyse du système de santé en Algérie :**
  - Le système de santé en Algérie vit une crise aiguë au niveau des fondements, principes, procédures et outils de gestion
  - L'institutionnalisation de la gratuité des soins en 1974 s'est accompagnée de la mise en œuvre d'une gestion qui s'inspire et tire sa raison d'être de la comptabilité publique
  - Il s'est opéré une dangereuse mutation d'une logique de gestion (comptabilité analytique, planification...) à une logique de dépenses de crédits préalablement fixés d'où les incohérences de la gestion suivantes :

- Formule du budget global et déresponsabilisation des gestionnaires
- Prédominance de la logique des ressources sur la logique des résultats
- Prédominance du financement des « structures » sur le financement des filières de soins (c'est-à-dire correspondre les ressources aux problèmes et demandes de soins)
- Gestion et politique sociale (300.000 personnels en 2010 : sont-ils nécessaires ? c'est plutôt un moyen d'emploi)
- Outil de gestion et principes de « formation de production » assimilés à une banale administration comme celle des impôts où le facteur travail est prédominant et où l'activité est circonscrite à des tâches administratives strictes, alors que l'hôpital doit être une entité qui combine des facteurs de production pour réaliser un « out put »
- **Solutions adoptées dans les différentes réformes du monde :**
  - Gestion moderne basée sur les technologies nouvelles : comptabilité analytique (exemple allemand, management, audit, PMSI...)
  - Participation du médecin généraliste à la gestion sanitaire : constitue ainsi un pivot du système de santé, jouant un rôle important dans la prévention, permettant alors une gestion à partir de la base (c'est le cas du système anglais)
  - Renforcer le rôle des assurances publiques et privées qui pourraient faire émerger un esprit concurrentiel et d'incitation (motivation) par des mécanismes de rémunération adéquats (contractualisation et conventionnement par exemple) mais tout en développant un système de contrôle rigoureux de part et d'autre
  - Gérer les hôpitaux en tant qu'entreprise de production de services en diversifiant les sources de financement (sponsors par exemple), en rentabilisant les services, lits, plateaux techniques et services généraux (lingerie, cuisine, transport...) et en regroupant les spécialités en favorisant les hospitalisations de jour et à domicile...
  - Gérer au mieux les médicaments, surtout par l'utilisation des médicaments génériques
  - Disposer d'un système d'information sanitaire performant
    - La qualité d'un système de santé est intimement liée à la qualité de son système d'information sanitaire
    - L'information est la connaissance nécessaire pour développer l'intelligence dans un domaine spécifique
    - Jadis, celle-ci était l'apanage du centre de décision (le responsable et son staff)
    - Aujourd'hui, les systèmes sont devenus complexes, qu'il est nécessaire d'élargir la décision et de générer une intelligence totale d'où les concepts de management, de valorisation des ressources humaines, de partenariat, de cercle de qualité (modèle Japonais)
    - Le système d'information est défini récemment comme étant un patrimoine commun qui met en relation un réseau de compétences et un réseau d'information
    - Un système horizontal décentralisé flexible et intégrant les technologies de la communication
    - Le travail est organisé en réseaux, où chacun des individus est responsabilisé, il est, de ce fait, soustrait des inhibitions de l'approche par directives
    - L'ensemble de l'organisation et de la communauté est constitué alors d'acteurs et non de figurants (comme dans l'ancienne organisation)
- **Conditions de concrétisation de ce nouveau concept :** sont :
  - Le changement de l'organisation du travail du concept vertical (système hiérarchisé : responsable – exécutants) vers le concept horizontal (cercle de qualité, le partenariat)
  - Le développement des technologies de communication et d'information et de travail en réseau : téléphone, fax, internet, intranet...
  - La promotion de la formation continue pour l'obtention d'un professionnalisme certain par le développement des compétences, des performances et l'employabilité

- ✓ **Employabilité** : être sûr de sa valeur et s'adapter au marché du travail, exemple : un médecin n'est pas obligé uniquement de travailler dans un établissement sanitaire, mais il doit également être capable de faire du journalisme médical, de la traduction des articles médicaux, de la communication et de l'éducation sanitaire, de l'information médicale, de travailler dans des Organisations Non-Gouvernementales (ONG : AAPF, CRA, médecins sans frontières...), conseiller juridique dans le domaine médical, délégué médical...

- Passer d'un système de soins à un système de santé

Système de santé	Système de soins
<p>C'est un ensemble des mesures cohérentes entre elles, susceptibles de réduire la fréquence des pathologies</p> <p>Ce sont des mesures de type sanitaire : soins, hygiène, éducation, nutrition...</p>	<p>Optique d'hospitalisation uniquement, aboutit à une médicalisation et à un alourdissement des coûts sans modification des niveaux de santé</p> <p>La majorité du budget est destiné aux hôpitaux, en particulier les CHU</p>
<p>Économie de moyens : participation communautaire aux actions de santé → intersectorialité (collectivité locales, entreprises, ONG...)</p>	<p>Surcoûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte croissance des dépenses de soins (10%/an)</li> <li>• Efficacité technique faible</li> <li>• Consommation médicamenteuse importante et de moyens sophistiqués</li> </ul> <p>Pour pallier aux surcoûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prélèvement sur le budget de prévention par exemple</li> <li>• Compression des dépenses réelles au lieu de la réduction des surcoûts : rationnement financier au lieu d'une rationalisation des dépenses de soins</li> </ul>
<p>Évaluation d'impact (qualitative)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge de la morbidité</li> <li>• Qualité des soins : coût/efficacité</li> <li>• Réduction des infections hospitalières</li> <li>• Réduction de la mortalité infantile...</li> </ul>	<p>Évaluation = statistiques d'activités : évaluation justifiant les moyens, nombre de médecins, de paramédicaux, d'hospitalisations, de consultations, quantité de médicaments utilisée, de films radiographiques, d'échographies...</p>
<p>Décision monolithique : groupes techniques, partage de l'information et de la décision</p>	<p>Décision unique : est le responsable de l'établissement, parfois personne d'intérêt professionnel qui oriente la fourniture d'un service en faveur de soins de santé plus complexes et de s'écarter de la prévention et des techniques de soins de base</p>
<p>Formation = pédagogie de résolution des problèmes (dans le cadre d'intersectorialité)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispense des soins en intégrant des actions préventives, curatives et réhabilitatrice</li> <li>• Soins plus larges : actions sur l'individu, la famille, la communauté, la société</li> <li>• Utilise des techniques d'information, de communication, d'économie de la santé</li> </ul>	<p>Formation = pédagogie d'apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actes de soins</li> <li>• Insouciance financière</li> <li>• Indisponibilité</li> </ul>