

Université de Sétif  
Faculté de Médecine  
Département de Médecine

Module Santé Société Humanité (SSH)

LES SYSTEMES DE SANTE DANS LE MONDE

COURS DE GRADUATION  
ETUDIANTS 1<sup>ÈRE</sup> ANNÉE DE MÉDECINE

Année universitaire : 2018 - 2019

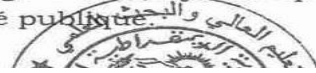
Pr M'hatef Abdelkrim



## **L'organisation du système de soins monde et en Algérie**

### **❖ Différents intervenants dans la santé publique (intersectorialité)**

Décrire et situer le rôle des politiques, des gestionnaires, des personnels d'autres secteurs et disciplines (vétérinaires, agronomes, hydraulique...) dans la prise en charge des problèmes de santé publique.



## **I-SYSTEME DE SANTE DANS LE MONDE :**

### **A) HISTORIQUE :**

- Initialement activités sanitaires relevant des professions médicales et des associations caritatives, aspect religieux dominant
- Après 2ème guerre mondiale: emprise des Etats sur le secteur de la santé avec développement de politiques sanitaires incontournables dans les décisions d'organisation et de financement.

### **3 GRANDS TYPES :**

1. Systèmes libéraux
2. Systèmes nationalisés (publics)
3. Systèmes intermédiaires

#### **1-CARACTERISTIQUES DES SYSTEMES LIBERAUX ?**

- Prédominance de l'exercice libéral surtout en ambulatoire
- Financement à base de caisses d'assurances privées
- Paiements directs des usagers importants
- Mécanisme de paiement dominant : c'est le paiement à l'acte.

Mode libéral dominant mais existence d'un secteur public certes moins important mais en développement avec subventions étatiques de plus en plus importantes (HMO\* aux USA)

- Programmes spécifiques et financement gratuit pour les pauvres et personnes âgées.

#### **2-CARACTERISTIQUES DES SYSTEMES NATIONALISES ?**

- Universalité de la couverture
- Financement étatique budgétisé, basé sur la fiscalité
- Accès gratuit.

Secteur public prédominant mais existence d'un secteur privé notamment en ambulatoire,

#### **➤ Mécanismes de rémunération:**

- \* dotation budgétaire publique.
- \* paiement à la capitation.

#### **3-CARACTERISTIQUES DES SYSTEMES INTERMEDIAIRES?**

Couverture universelle basée sur la sécurité sociale

- Exercice de la médecine libérale essentiellement en milieu ambulatoire
- Financement par cotisations sociales avec prélèvements obligatoire
- Régime général prévalant: assurance-maladie

#### 4-PAYS REPRESENTATIFS ?

\**Libéraux (USA, Suisse), (DNS:14-18% du PIB)*

\**Nationalisés (Grande Bretagne, Suède, Norvège, Danemark, Canada), (DNS: 6-7% du PIB)*

\**Intermédiaires (France, Allemagne, Japon, Italie, Pays Bas), (DNS: 10-14% du PIB).*

#### B) ETAT DE SANTE DE LA POPULATION :

-**Systèmes libéraux** (état bon avec existence d'une frange de population marginalisée)

-**Systèmes nationalisés** (état bon mais avec de longues attentes pour hospitalisations)

-**Systèmes intermédiaires** (état bon en général, faible marginalisation des groupes sociaux défavorisés).

#### C) AVANTAGES/INCONVENIENTS :

##### 1-Niveau de DNS rapportée au PIB

- systèmes libéraux (niveau élevé, forte évolution des dépenses)
- systèmes nationalisés (niveau maîtrisé, évolution circonscrite dans des proportions raisonnables)
- systèmes intermédiaires (niveau moyen, plusieurs mesures pour maîtrise de l'évolution des dépenses)

##### 2-Accès des usagers bénéficiaires

- **Systèmes libéraux** : (circonscrit aux seuls assurés et populations aisées, pauvres marginalisés)
- **Systèmes nationalisés** : (couverture universelle touchant la totalité de la population)
- **Systèmes intermédiaires** : (couverture universelle, populations marginalisées réduites).

##### 3-Temps de réponse à la demande:

- **Systèmes libéraux** : (rapide et efficace)
- **Systèmes nationalisés** : (délais longs pour les rendez-vous, files d'attente)
- **Systèmes intermédiaires** : (rapide et efficacité moyenne liée au niveau des équipements).

##### 4-Qualité des soins:

- **systèmes libéraux**: (élevée)
- **systèmes nationalisés**:(moyenne)
- **systèmes intermédiaires**:(au-dessus de la moyenne).

##### 5-Usage des ressources (gaspillage/rentabilité):

- **Systèmes libéraux** (élevée)
- **Systèmes nationalisés** (inefficacité allocative et inefficacité opérationnelle, forte bureaucratie)
- **Systèmes intermédiaires** (moyenne)

##### 6-Tendances des réformes

- **Systèmes libéraux** (meilleure prise en charge , mais une partie(+ 15%) des populations marginalisées, usage rationnel des ressources publiques )
- **Systèmes nationalisés** (appelés à introduire plus de rigueur et de rationalité dans la gestion des ressources)
- **Systèmes intermédiaires** (réformes visant à maîtriser les dépenses, introduction gestion rigoureuse).

#### D) conclusion :

- Le tout libéral est mauvais (exclusion)
- Le tout gratuit est mauvais (hazard moral)
- L'intermédiaire est bon (équité élevée)

CARACTERISTIQUES	SYSTEMES DE SANTE/FINANCEMENT		
	Nationalisés, publics	Intermédiaires	Libéraux
Financement	.Étatique, budgétisé, basé sur l'impôt	Cotisations sociales assurance maladie obligatoire	Caisses d'assurances privées, pauvres, HMO fonds fédéraux
Mécanismes de rémunération	.Capitation .Dotation budgétaire Contractualisée	.Budget global .Tarif à l'acte .Forfait journalier	.Paiement à l'acte . Taux forfaitaire . Pré-paiement
DNS/PIB	6-8 %	8-14%	12-18%
Couverture/accès	.Universelle	Universelle	.Assurés .Medicaid, Medicare

**FINANCEMENT DES SYSTEMES DES SANTE DANS LE MONDE**

CARACTERISTIQUES	SYSTEMES DE SANTE/FINANCEMENT		
	Nationalisés, publics	Intermédiaires	Libéraux
Pays représentatifs	Angleterre, pays scandinaves, Canada	France, Japon, PB, Allemagne, Italie	USA, Suisse
Temps de réponse à la demande	Délais longs, files d'attente hospitalisations	Rapide et efficacité correcte (équip?)	Rapide, efficace
Usage des ressources	Inefficacités allocative et opérationnelle	Efficacité correcte	Rentabilité jugée élevée (niveau micro)
Etat de santé de la population	Bon mais files d'attente	Bon en général	Bon une partie des populations marginalisées

E) EVALUATION DU SYSTEME D'U FINANCEMENT DE LA SANTE ET MECANISMES DE REMUNERATION :

A-NIVEAUX D'ANALYSE : 03

- NIVEAU MACRO ECONOMIQUE (échelle nationale, globale)
- NIVEAU MESO ECONOMIQUE (à l'échelle d'un secteur, un programme)
- NIVEAU MICRO ECONOMIQUE (à l'échelle d'une entité, une intervention de santé, un produit).

B-CRITERES D'EVALUATION : 3 critères

1-EQUITE:

Critère fondamental d'accès aux soins/contribution aux dépenses.

DEUX INTERPRETATIONS :

- Offrir les prestations sanitaires à ceux qui en ont besoin et à ceux qui en expriment la demande
- Prélever en fonction du niveau des revenus de chacun (Indice d'équité du financement de la santé OMS : Algérie, Maroc, Tunisie)

2-EFFICACITE:

Critère fondamental d'utilisation des ressources

#### DEUX INTERPRETATIONS :

- Permet d'atteindre les objectifs définis (sanitaires )
- Gérer de manière rationnelle les ressources (management, optimisation, organisation, exploitation équipements, compétences et rendements des personnels...).

#### 3-PERENNITE ?

Critère fondamental de continuité du financement de la santé et d'apparition de remise en cause en période de crise économique

#### DEUX INTERPRETATIONS :

- Durable dans le temps
- Peut être reproduit avec les ressources locales.

#### C-MECANISMES DE REMUNERATION :

##### ➤ 7 mécanismes:

1. A L'ACTE : défini par service fini
2. AU CAS (A l'épisode): ensemble de services ou d'une période de soins
3. FORFAIT (Forfait journalier): montant fixe par jour de soins ou d'hospitalisation
4. TAUX FORFAITAIRE (Paiement par prime): montant convenu (global) pour ensemble services fournis
5. CAPITATION: somme fixe versée par individu sur liste de médecin
6. SALAIRE: montant fixe sans rapport avec l'activité
7. BUDGET : montant forfaitaire fixé d'avance.

#### **II-Identifier les modèles et les acteurs pour la collaboration intersectorielle.**

Dès lors que l'on envisage la santé dans sa définition OMS, sa promotion doit faire l'objet d'une approche globale: **intersectorielle**

##### ➤ **Elle n'est pas qu'une affaire de soignants**

##### ➤ **Elle doit découler d'un choix de société**

Dans le discours International sur la promotion de la santé qui a émergé depuis le milieu des années 1980 (OMS, 1984; Charte. 1986; Epp.1986; Kickbusch,1986; ). l'action Intersectorielle est une composante essentielle visant à la réalisation de la "Santé pour tous en l'an 2000", objectif mis de l'avant en 1977 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La perspective de la promotion de la santé, dans la plus pure tradition des interventions de santé publique et de santé communautaire ayant cours depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, suggère d'Intervenir sur les déterminants Individuels et collectifs de la santé, déterminants pour lesquels l'épidémiologie a depuis longtemps Indiqué qu'ils se trouvent très largement à l'extérieur du système de distribution des services sociaux et de santé des sociétés Industrialisées (Lalonde, 1974; McKewoa 1976). La perspective de la promotion de la santé, dans la plus pure tradition des interventions de santé publique et de santé communautaire ayant cours depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, suggère d'Intervenir sur les déterminants Individuels et collectifs de la santé, déterminants pour lesquels l'épidémiologie a depuis longtemps Indiqué qu'ils se trouvent très largement à l'extérieur du système de distribution des services sociaux et de santé des sociétés Industrialisées (Lalonde, 1974; McKewoa 1976).

Dans cette optique, on reconnaît ailleurs dans le monde (Kickbusch, 1989; Sundsvall 1991 ), que la santé est inextricablement liée au fonctionnement de l'ensemble de la société, de la même manière que le développement économique et l'environnement ont été Intimement associés par le rapport Bruntland (1988). Cela requiert donc une action des intervenant-es du secteur santé auprès de et avec tous les autres systèmes pertinents tels l'éducation, l'économie, le transport, l'industrie, l'agriculture etc...

#### **A-intersectorialité :**

Mise en commun des forces, des connaissances et des moyens permettant de comprendre et de régler des problèmes complexes qui ne peuvent être résolus par un seul secteur.

Relation entre des éléments de différents secteurs de la société qui a été établie en vue d'agir sur une question de façon à atteindre des *résultats en matière de santé* ou des *résultats intermédiaires en matière de santé* d'une façon qui soit plus efficace, plus rationnelle ou plus durable que si le *secteur sanitaire* avait agi seul.

(Référence : adapté de Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health for All in the 21st Century. WHO, Geneva, 1997).

## **B-Pourquoi devrions-nous travailler en collaboration?**

### **1-Parce que la santé est le produit de collectivités en santé et on ne peut les bâtir seul:**

la santé n'est pas seulement déterminée par le système de santé, elle est également fortement influencée par des facteurs sociaux. La population continue de souffrir d'importantes disparités en matière de santé en raison de facteurs touchant différents groupes de la population à divers degrés. Les réponses publiques nécessaires à la prise en compte ces facteurs doivent être développées dans une perspective multisectorielle et donc à travers l'ensemble des secteurs.

### **2. Parce que les facteurs sociaux touchant la santé sont la responsabilité de tous et que chacun a un rôle à jouer à cet égard.**

La publication en 1986 de la [Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé](#) par l'Organisation mondiale de la Santé, constituait le travail préparatoire pour la promotion et le développement de politiques publiques favorables à la santé et présentait l'action intersectorielle comme une voie d'action essentielle.

La Charte parle d'« action coordonnée » et d'« approches complémentaires » et « inscrit la santé à l'ordre du jour des décideurs politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard » (Charte d'Ottawa, p. 2).

La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé ou des gouvernements. La Charte d'Ottawa stipule également que : « le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. De plus, la promotion de la santé nécessite l'action coordonnée de toutes les parties concernées : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias » (Charte d'Ottawa, p. 2). Entre ces deux facteurs essentiels, soit une incapacité collective de tout faire nous-mêmes et une responsabilité collective de promotion de la santé, se trouve l'impératif intersectoriel. L'action intersectorielle pour la santé est considérée comme essentielle pour l'obtention d'une plus grande *équité en matière de santé*, en particulier là où l'accomplissement de progrès dépend de décisions et d'actions relevant d'autres secteurs, tels que l'agriculture, l'enseignement, l'hydraulique et les finances. Un but important de l'action intersectorielle est de sensibiliser davantage aux conséquences sanitaires de décisions et de pratiques organisationnelles dans différents secteurs et, de cette façon, de provoquer un mouvement dans la direction des *Politiques et de pratiques des pouvoirs publics favorables à la santé*.

## **C-L'INTERSECTORIALITE vs CONCERTATION :**

la concertation peut revêtir deux formes :

- ✚ d'une part, elle se limite à un échange d'information au sein d'un même secteur d'activité,
- ✚ d'autre part, elle réunit des partenaires provenant de plusieurs secteurs (santé, éducation, politique, etc.) . C'est cette seconde formule que l'on appelle action intersectorielle. L'intersectorialité favorise le décloisonnement, l'élargissement du cadre de référence, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs, la diffusion de messages cohérents...

### ✚ Exemples de comités intersectoriels :

Comité Médical National de Lutte contre les zoonoses créé par arrêté interministériel du 01.09.1984 présidé par Mr le Ministre chargé de l'Agriculture

Comité Médical National de Lutte contre les Maladies à Transmission Hydrique mis en place en 1987 et présidé par Mr le Ministre chargé de l'Intérieur et des Collectivités Locales

Comité Médical National Technique de Santé Scolaire créé par arrêté du 17.05.1993 et présidé par Mr le Ministre chargé de la Santé

Comité Médical National de Médecine du Travail créé par arrêté du 04.06.1989 et présidé par Mr le Ministre chargé de la Santé

Comité Médical National de Lutte contre la drogue et la toxicomanie créé par le décret n°92-151 du 14.04.1992, le secrétariat est assuré par la Direction de la Pharmacie

Comité Médical National de Lutte contre les MST/SIDA créé en 1989 a été restructuré en 1994 pour devenir intersectoriel (17 secteurs ministériels et 03 associations nationales)

Comité Médical National de Lutte contre les zoonoses créé par arrêté interministériel du 01.09.1984 présidé par Mr le Ministre chargé de l'Agriculture

Comité Médical National de Lutte contre les Maladies à Transmission Hydrique mis en place en 1987 et présidé par Mr le Ministre chargé de l'Intérieur et des Collectivités Locales

Comité Médical National Technique de Santé Scolaire créé par arrêté du 17.05.1993 et présidé par Mr le Ministre chargé de la Santé

Comité Médical National de Médecine du Travail créé par arrêté du 04.06.1989 et présidé par Mr le Ministre chargé de la Santé

Comité Médical National de Lutte contre la drogue et la toxicomanie créé par le décret n°92-151 du 14.04.1992, le secrétariat est assuré par la Direction de la Pharmacie

- Comité Médical National de Lutte contre les MST/SIDA créé en 1989 a été restructuré en 1994 pour devenir intersectoriel (17 secteurs ministériels et 03 associations nationales).