

Université de A/ Mira Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Module : Ergonomie et risques au travail

Chargée du module : Melle M. MEDJKOUNE

Année universitaire : 2021/2022

Semestre : 01

Formation de Master 2 en sociologie de la santé

**Introduction**

Les risques au travail peuvent être causés par un contrôle incorrect de l'activité, une posture inconfortable ou l'utilisation de produits chimiques. Ils peuvent être la cause de blessures et de maladies physiques ou psychologiques. Le but de l'ergonomie est d'apporter des solutions pratiques et concrètes aux problèmes suivants : réduire les accidents du travail, améliorer la sécurité de tous et répondre à l'obligation légale de prévention des risques professionnels ; en effet, l'ergonomie peut être appelée sur la base de facteurs humains en constante évolution Recherche scientifique sur l'interaction des personnes au travail. L'ergonomie a un impact direct sur la prévention des maladies professionnelles et l'amélioration des conditions de travail.

**1.Histoire de l’ergonomie**

Il faut bien voir que si la discipline est récente, ses origines sont anciennes. Ses origines sont liées à la volonté d’efficacité du travail humain (physique) qui amènera, au cours des siècles, a tenter d’adapter les outils, les machines, les environnements physiques et l’organisation du travail aux capacités des travailleurs.

Elles sont liées également aux questions sur les effets du travail sur la santé. Dès l’antiquité, certains philosophes grecs se demandent s’il n’existe pas des liens entre certaines maladies et certains métiers. Mais c’est [Ramazzini](https://www.cairn.info/revue-geneses-2012-4-page-88.htm), médecin italien de la Renaissance, qui établit les premiers liens entre le travail et des maladies dans 52 métiers différents (genre travailler dans le bruit, ça rend sourd).

L’origine du mot «ergonomie» a été inventée par un polonais au XIXe siècle la façon dont il a construit le mot est intéressante. Il est composé de mot du grec ancien « érgon » qui veut dire «travail» au sens de l’activité et « nomos » «loi» qu’il faut prendre ici comme les lois de la nature. En ce sens, le créateur du mot avait la volonté de créer la science qui étudierait l’activité de travail. Cependant, il faut attendre le milieu de XXe siècle pour que des chercheurs commencent à faire de ce mot réellement quelque chose. C’est en 1949, lors de la première réunion de l’[Ergonomics Research Society](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00140136208930653?journalCode=terg20), que **Murrel**, un Anglais, l’employa pour la première fois. Cette diversité peut donc être considérée comme une richesse. Elle contribue en tout cas à faire de l’ergonomie, non pas une doctrine imposant sa vision au monde du travail , de l’entreprise , et de l’emploi, mais au contraire, une discipline cherchant à mieux prendre en compte la réalité du monde du travail, la divergence/convergence des objectifs et des enjeux en présence, et contribuant, de ce fait, à un meilleur dialogue social, et à de meilleures conditions de travail..

Le terme est imaginé par un auteur polonais professeur de botanique, physique, zoologie et horticulture à l’université de Varsovie : Wojciech Jastrzebowski, qui publia en cette année 1857 un « Précis d’ergonomie ou de la science du travail, basée sur des vérités tirées des sciences de la nature ». Il créa le terme ergonomie pour désigner une approche scientifique des activités humaines et animales, visant non seulement leur description, mais aussi leur organisation rationnelle, voire leur évaluation sur une échelle morale. Mais l'article ayant paru en langue polonaise dans "Nature et industrie", une revue peu connue, le mot "ergonomie" tomba dans l'oubli, lorsqu'il fut réinventé dans les années quarante par le psychologue anglais Murell pour désigner l'étude interdisciplinaire des activités humaines pratiquée pendant la 2ème guerre mondiale pour accroître l'efficacité des combattants, des matériels et des systèmes militaires. Il le propose à ses collègues britanniques qui l’ adoptent officiellement lors de la création de l’Ergonomics Research Society en 1949. Pendant la deuxième guerre mondiale -et plus encore pendant la guerre froide et la compétition aérospatiale des années 50 cinquante à 80 - la complexité croissante des matériels, la multiplicité et le débit des sources d'information, la diversité des fonctions à exercer, les ambiances physiques extrêmes inhérentes aux théâtres d'opération et aux énergies en jeu, la rapidité des processus électroniques et informatisés ont rendu nécessaire la connaissance des capacités et des limites de l'opérateur humain utilisant de tels moyens.

A partir des années 70, sous la pression des demandes syndicales, et d’une pratique volontariste de plusieurs chercheurs gagnés aux idées de mai 68, l’ergonomie devient plus interventionniste, elle se met plus à l’écoute du terrain. De plus les ergonomes sont amenés à intégrer peu à peu le domaine des relations interpersonnelles, des rapports sociaux dans l’analyse de travail et font appel , non plus à la psychologie différentielle mais à la psychologie du travail, ou à la psychosociologie, ce qui leur permet de mieux appréhender la situation de travail dans sa globalité. Et à partir des années 2000, les problèmes de santé, comme les TMS, et les RPS ayant pour origine l’organisation du travail, ainsi de placer la médecine de travail, et de s’intéresser aux domaines de l’hygiène et de la santé, sécurité et le bien-etre.

Il est intéressant de noter que cette approche, issue de la mise en évidence de l’importance des activités perceptivo-cognitives dans des travaux à prédominance manuelle(Leplat, 1956), a introduit la nécessité d’une analyse fine , menée sur le terrain (en situation réelle de travail) et qui porte à la fois sur la tâche ( travail prescrit), et sur l’activité (travail réel) . L’analyse ergonomique du travail va donc devenir l’approche de plus en plus utilisée, va se construire progressivement en tant que méthode, mais va aussi devenir objet d’analyse. «Michel NEBOIT, Histoire de l’ergonomie, https://www.preventica.com/docs/self-07-06.pdf ».

**2.Définition de l’ergonomie**

Définition de l’ergonomie par l’international ergonomics Association (IEA) : ergonomie est la discipline scientifique qui vise la compréhension des interactions entre les êtres humains et les autres composantes d’un système. La profession d’ergonome applique des théories, des principes, des méthodes et des données afin d’optimiser le bien être des êtres humains et la performance globale des systèmes. Aussi, l'**ergonomie**se définit comme la mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme permettant de concevoir des organisations, des systèmes et des outils adaptés au plus grand nombre pour un maximum de **confort,** d**'efficacité**et de**sécurité.**

L’ergonomie peut être appelée l’étude scientifique des personnes ayant des interactions au travail basée sur l’évolution des facteurs humains. Selon **ISO (/TR 9241-100, 2010)**, cette discipline est: la compréhension des interactions entre l’homme et les autres composantes d’un système, et la mise en œuvre dans la conception de théories, de principes, de méthodes et de données pertinentes afin d’améliorer le bien-être des hommes et l’efficacité globale des systèmes.

L’ergonomie est donc la discipline qui rassemble les connaissances sur le fonctionnement de l’homme en activité de travail afin de l’appliquer à la conception des tâches, des machines, des outillages, des bâtiments et des systèmes de production. La conception de poste de travail ergonomique permet de gagner à la fois en productivité pour l’entreprise et en confort et sécurité pour les employés. C’est pourquoi il est important de réfléchir aux améliorations que l’on peut apporter aux postes de travail.

**2.1.Sur le plan économique :** si on ne tient pas compte de l’ergonomie, les conséquences peuvent être l’absentéisme, le turn-over excessif, la perte de performance, l’allongement des délais de production.

L’ergonomie permet de gains de productivité, parceque :

-les postes de travail conçus de façon ergonomique, il y a moins d’accidents du travail et de maladies professionnelles, et, pour conséquent, moins de journées d’absence,

-les postes de travail conçus de façon ergonomique, ont une influence positive sur la motivation et le rendement des collaborateurs.

**2.2.Sur le plan de confort et de la sécurité :** le respect des principes d’ergonomie visuelle et posturale, dans la conception de l’espace de travail permet d’assurer le confort des utilisateurs et d’éviter la fatigue liée à des inadaptations et génératiques d’accidents.

Il ya aussi des contraintes réglementaires de l’ergonomie au poste de travail, où les exigences de sécurité et de santé selon la directive 98/37/CE et 2006/42/CE.

L’évolution considérable des situations et de condition de travail liées aux exigences de productivité constantes dans l’entreprise nécessite une vigilance ergonomique accrue des postes de travail.

**Les paramètres d’aménagement des postes de travail :** parmi les nombreux paramètres à prendre en compte lors de l’analyse d’un poste de travail on peut citer :

* les dimensions du poste de travail,
* les espaces pour les mouvements et les distances de sécurité,
* les postures forcées,
* le lavage de charge,
* la surveillance et la maintenance des installations,
* les modes opératoires et les moyens de travail,
* la formation,
* l’environnement de travail, qui veut dire :

-la température de l’air, son déplacement et son humidité, ainsi que par la température à la surface des locaux et des installations,

-le type d’éclairage, l’intensité lumineuse et l’angle d’incidence de la lumière doivent être adaptés aux besoins visuels,

-l’ordre et de la propreté dans l’environnement de travail,

-les vibrations mécaniques transmises aux membres et au corps entier,

-le niveau de bruit au poste de travail,

-les champs magnétiques et électriques et électricités statiques.

**3.Les objectifs de l’ergonomie**

Elle poursuit des objectifs principaux :

**3.1.Pour les utilisateurs :** elle permet d’assurer le confort et la santé afin de minimiser les risques d’accidents, d’éviter la survenue de maladies liées au travail, de minimiser la fatigue et d’assurer le bien-etre au travail et une meilleure qualité de vie.

**3.2.Pour l’entreprise :** c’est de garantir une meilleure efficacité des systèmes homme-machine ( productivité, qualité, fiabilité…), ainsi d’améliorer la productivité.

Du fait, le principe fondamentale de l’ergonomie est d’adapter le travail à l’homme en comprenant les liens entre la mission à remplir « tâche, organisation, matériel, moyen humain »et celui qui l’effectue. L’ergonomie ambitionne de comprendre le travail pour le transformer d’un point de vue opérationnel. ‘L’ergonome analyse le travail réel et cherche à comprendre l’écart qui existe avec le travail prescrit « procédures, démarches qualité, fiches de postes, planning… ». Cette analyse lui permettra de construire avec tous les acteurs des plans d’amélioration du système dans une perspective de préservation de la santé et de performance durable et globale de l’entreprise.

L'objectif est de savoir répondre aux impératifs **de production et de qualité** tout en favorisant des conditions adaptées au confort et à la **qualité de vie au travail.**

L’ergonomie intervient dans tous les champs professionnels et peut répondre des questions et des problématiques :

* l’évaluation des risques professionnels,
* la mise en place de démarche de prévention,
* l’apparition de TMS ou les risques RPS,
* un taux d’absentéisme fort,
* une dégradation de la production ou des objectifs,
* un désengagement des salariés…

**4.Les domaines de l’ergonomie.**

Précisons qu’il existe plusieurs sortes d’ergonomie à mettre en place pour améliorer l’exercice d’une activité professionnelle : l’ergonomie physique, l’ergonomie cognitive et l’ergonomie organisationnelle. Toutes concernent l’environnement de travail et les moyens matériels et organisationnels mis en place, afin d’optimiser le confort et le bien être au travail :

**4.1.Ergonomie physique :** elle s’intéresse, aux caractéristiques anatomiques, anthropométriques, physiologiques et biomécaniques de l’homme dans sa relation avec l’activité physique ; donc elle étudié les postures de travail, la manipulation d’objet, les mouvements répétitifs, les TMS, la sécurité au travail, la douleur ou l’inconfort répété, exemple de nuisance physique : le bruit, la chaleur…

* **Exemple de domaine physique**

Un TMS est un trouble ou une lésion affectant les muscles, tendons, articulations, vaisseaux sanguins ou tissus mous connexes à la suite d’une exposition à des facteurs de risque comme une posture inconfortable, des mouvements répétitifs et des efforts excessifs. La lésion peut être aigue ou cumulative.

**Les étapes des TMS cumulative :**

1ère étape : léger inconfort présent pendant le travail, mais qui disparait par la suite, n’affecte pas le rendement au travail ni les activités de la vie quotidienne.

2ème étape : la douleur est présente pendant que la personne travaille et elle continue après le travail. Cela, commence à affecté les activités de la vie quotidienne.

3ème étape : la douleur est constamment présente, les travailleurs consultent un médecin, il est possible qu’ils ne soient pas aptes à accomplir des tâches quotidienne simples.

**4.2.L’ergonomie cognitive :**

Son but est d’améliorer le travail humain, sur les aspects cognitifs, elle s’intéresse aux processus mentaux, comme la perception, la mémoire, le raisonnement, les réponses motrices qui affectent les interactions entre les hommes et les autres éléments d’un système. L’ergonomie cognitive joue un rôle majeur dans les différents aspects de la conception d’une interface homme-machine : la présentation des objets du dialogue( textes, graphiques, messages d’erreurs aides), la conversation entre l’homme et la machine et la guidance ou l’assistance. L’ergonomie cognitive est une science relativement autonome, bien qu’elle empreinte ses théories et ses méthodes à la psychologie cognitive et à d’autres sciences telles que l’analyse du travail, l’informatique, la linguistique, la sémiologie et les neurosciences.

**4.3.L’ergonomie organisationnelle :**

Elle se penche sur les effets des aspects humains, organisationnels et managériaux de l’entreprise, donc elle s’intéresse à la question de l’optimisation des systèmes sociotechniques, ce qui inclut leurs structures organisationnelles, les politiques d’entreprise, les processus. Les thèmes couverts comprennent les relations homme système en matière de communication, de gestion des coopératifs, de gestion, aux horaires de travail, aux types de tâches et à la charge du travail.

Donc l’ergonomie se dédie à l’étude des facteurs humains.

**Equation conceptuelle :**

Homme\*Tâche\*Machine\*Situation=Travail

Se focaliser sur le facteur humain Ergonomie

**5.Les courants de l’ergonomie**

**5.1.Une ergonomie des humanfactors**

C’est une ergonomie des composants humains des systèmes .Elle permet par exemple de définir la taille ou la forme des symboles qui seront affichés sur un écran d’ordinateur afin qu’il soient lisibles sans difficulté par les utilisateurs, les caractéristiques d’un siège…Cette approche principalement développée par les anglo-saxons est actuellement dominante au plan international. Elle est centrée sur les caractéristiques(anthropométriques ,physiologiques,cognitives …)des hommes à prendre en compte pour la conception ou la transformation des systèmes(par exemple des systèmes hommes-machines)

Donc l’ergonomie est la plus ancienne, mais encore aujourd’hui la plus répandue, consiste à prendre en compte les caractéristiques générales de l’humain pour mieux lui adapter les machines et les dispositifs techniques ;c’est la conception classique du système humain-machine, ou l’analyse ergonomique privilégie la compatibilité entre les composants matériels et les composants(facteurs)humains.

**5.2.Une ergonomie centrée sur l’activité des hommes au travail**

Elle s’appuie sur l’analyse du travail réel pour contribuer à la transformation ou à la conception des situations et des systèmes de travail. Elle permet par exemple en doit disposer pour réaliser son travail et ainsi de définir des caractéristiques essentielles d’une nouvelle situation de travail. C’est une ergonomie du travail réel ;cette approche développée dans les pays francophones, tend actuellement à se répandre dans l’univers anglo-saxon[[1]](#footnote-2).

**6.Les systèmes normatifs français et internationaux en ergonomie**

**6.1.L’agence française de normalisation(AFNOR)**

Elle a été la première à étudier des normes pour différents corps de métier .Un décret du 10 Juin 1918 avait déjà institué une « commission permanente de standardisation » ;qui fut remplacée par l’AFNOR elle-même déclarée d’utilité publique le 5 Mars 1943 .

En 1976, L’AFNOR a institué une commission française de normalisation "ergonomie" présidé par le professeur Bernard METZ. Le rôle de cette commission et de préparer les projets de normes afin d’élaborer des normes ergonomies CEN et ISO[[2]](#footnote-3).

Elle a aussi publié un recueil spécifique « Ergonomie »,qui est un parfait descriptif de l’espace rationnel homme-machine.

Ces normes ergonomiques sont d’ailleurs décrites que nous avons pu nous y référer dans des cas aussi particuliers que celui d’une expertise ergonomiques devant le tribunal des prud’hommes.

**6.2.Le comité européen de normalisation ( CEN)**

Crée en 1961, ce comité est une association des organismes nationaux de normalisation des pays de l’Union européenne et de l’association européenne de libre-échange, l’un de ses rôle est de préparer des normes européennes .Le CEN a un comité technique(TC122) spécialement dévolu à l’élaboration des normes en ergonomie .Il a des « bureaux techniques sectoriels »(BTS),dont l’un d’eux a mis au point la norme en614-1 relative à la « sécurité des machines »et aux « principes ergonomiques de conception »[[3]](#footnote-4) .

**6.3.L’organisation internationale de normalisation(ISO)**

Créée en 1947 , elle a conçu les normes qualitatives ISO 9000(management et assurance de qualité) et ISO 14000(management et environnement) .Elle est un réseau d’instituts nationaux de normalisation, parmi ses missions, l’ISO doit harmoniser les normes sur le plan mondial .Alors le terme « iso »signifie « égale » en grec ancien.

L’ISO a des comités techniques(TC),dont le TC 159 est spécifiquement dévolu à l’ergonomie. Plusieurs volumes ont été publiés :

* TC 159/SC1 : Principes directeurs en ergonomie ;
* TC 159/SC3 : Anthropométrie de biomécanismes ;
* TC 159/SC4 : Ergonomie de l’interaction homme/système ;
* TC 159/SC5 : Ergonomie de l’environnement physique.

L’ensemble des normes ISO (plus de 14000) est obligatoirement revu tous les 5 ans[[4]](#footnote-5) .

**6.4.Les autres systèmes normatifs**

On a le système KAN(KommissionArbeitsschultundNormung-Gessshaftstelle) de classement de la totalité de normes et projets de normes européennes, qui a aussi procédé à une sélection de normes sur la conception ergonomique des machines, ainsi que sur la climatisation et l’éclairage des locaux de travail(rapport KAN n 7)[[5]](#footnote-6).

**7.L’importance des normes ergonomiques**

L’intérêt des normes ergonomiques tient à ce qu’elles fournissent des repères en fonction desquels on peut alerter sur des risques dans chaque situation de travail. Leur application ne suffit pas à garantir les meilleures de travail, elles doivent toujours être interprétées en référence aux caractéristiques des opérateurs et au travail réel. La norme NF X 35-103 présente un bon exemple des types d’ajustements nécessaires en ce qui concerne l’éclairement du poste de travail[[6]](#footnote-7).

Les **études en ergonomie** ont pour objectif de prévenir tout type de**blessures**et de**troubles musculo-squelettiques (TMS)** causés par les expositions du travailleur durant sa tâche / à son poste de travail. **L’exposition** peut être soudaine ou demeurer dans le temps (force, dextérité, vibrations, poids (charges), mouvements répétitifs, postures inconfortables, bruit, visuel, température, etc.).

**Les conditions de travail**contribuent au**stress physique**et**psychologique**et peuvent affecter négativement le**système musculo-squelettique**. Dans une tâche, il peut y avoir**plus d’un facteur de risque**. Le niveau de développement des risques ergonomiques dépend de : l’intensité de travail, le mode d’exécution, l’utilisation de la mémoire, les aspects non contrôlés / non comptabilisés, le mode de fonctionnement de l’équipement, les distances à atteindre au poste de travail, la fréquence, la durée des tâches / opérations sur le poste de travail et atmosphère de travail. Pour ne citer que ceux-ci, ces éléments représentent pour la plupart des **facteurs de risque** observés et étudiés pour déterminer la**probabilité de survenance**de**risques ergonomiques au travail.**

**8.Les types de risques professionnels :**

**8.1.Le stress physique :** provient de la force exercée, de la répétition des tâches et des postures requises. Pratique, Démonstrations de principes ergonomiques (2011). Practical Demonstrations of Ergonomic Principles (2011) indique qu’il existe des postures **neutres**, des postures **inconfortables**, des postures **dynamiques** et des postures **statiques**. Lorsque vos muscles et vos articulations sont au repos et détendus, vous êtes dans une posture neutre. Les postures **dynamiques, inconfortables ou**contre nature exigent de plus en plus d’efforts de la part des muscles, des tendons, des nerfs et des os, car les mouvements atteignent les limites de l’amplitude des mouvements et peuvent entraîner des **TMS** dans le temps. De plus, si vous maintenez la même position, même dans une posture neutre, pendant une période prolongée, cette **posture statique** peut provoquer une fatigue musculaire supplémentaire et perturber la circulation sanguine. Voici quelques risques supplémentaires liés aux positions statiques: insuffisance de la circulation sanguine, diminution de la force musculaire, douleurs dans le dos, inconfort, risque de chute, etc. En**posture dynamique**, il existe de risques déjà étudiés dans la littérature: maux de dos, fatigue / douleurs musculaires, TMS à toutes les articulations, troubles des régions cervicales, troubles du tendon, troubles du cou, maladies vasculaires, hernie, etc.

**8.2.Le stress psychologique :** résulte de facteurs liés à l’organisation du travail (charge de travail fatigante, répétitivité, manque de contrôle du travail, demande mentale extrêmement forte ou faible, faible satisfaction au travail), de facteurs extérieurs au travail (responsabilités parentales) et de facteurs individuels liés au travailleur. Voici quelques risques de cette catégorie de facteurs affectés: fatigue, grave stress, dépression, déviation de l’attention (défaillances cognitives), dépression, anxiété, erreurs, etc.

**II. Les risques au travail :**

**1. la définition de risque :**

Le risque s’agit d’introduire la notion de probabilité, il est maintenant assez largement considéré comme : «un événement dommageable future et de réalisation incertaine» ; autrement dit une conséquence néfaste est envisagée pour quelqu'un ou quelque chose avec une probabilité plus ou moins grande de réalisation, est une gravitée variable des conséquences.

**2. La définition de risque professionnel :**

Ils sont susceptibles d’entrainer des accidents du travail, des maladies professionnelles ou des attentes plus insidieuses à l’équilibre de la santé**.**

En fonction de l’activité de l’entreprise, les risques professionnels sont de différentes natures :

* **Mécaniques** : heurts, écrasements, coupures et perforations, projections, contraintes posturales, gestes répétitifs ;
* **Physiques** : vibrations, niveau sonore, température, intempéries, niveau d'éclairement, qualité de l’air, incendie et explosion ;
* **Chimiques** : exposition à des substances chimiques, produits gazeux, cancérigènes, mutagènes, toxiques, corrosifs, irritants, allergisants ;
* **Biologiques** : exposition à des agents infectieux et allergisants par piqûre, morsure, inhalation ;
* **Radiologiques** : existence de radiations ionisantes, de rayonnements laser et/ou électromagnétiques ;
* **Psychologiques** : agression physique ou verbale, harcèlement moral ou sexuel, stress, charges excessives.

**3.les types des risques professionnels :**

Il existe plusieurs risques professionnels dans les entreprises on peut les citer comme suit :

●**risque de chute de plain-pied :**

C’est un risque de blessure causé par la chute de sol glaisant, de sol inégal,

Passage étroit,….etc. cette blessure peut résulter de la chute de la personne elle même ou d’un objet, une partie de machine ou de mobiliers.

**●risque de chute de hauteur :**

Il est causé par la chute d’une personne avec différence de niveau, elle d’autant grave que la hauteur de la chute est grande.

**●risque lié à la circulation dans l’entreprise :**

Il est résultant du heurt d’une personne par un véhicule (motocyclette, voiture, camion,……) de la collision de véhicule ou contre un obstacle au sein de l’entreprise.

**●risque lié aux machines et aux outils :**

Il est causé par l’action mécanique (coupure, perforation, entrainement,……) d’une machine, d’une partie de machine, d’un outil portatif ou à main.

**●risque et nuisance liés au bruit :**

Le bruit est une source d’inconfort, il entrave la communication oral, gène l’exécution des taches détectes, dans le cas d’exposition suer une longue période il peut provoquer une surdité irréversible.

**●risque lié aux produits et aux déchets :**

C’est un risque d’infection, d’intoxication, d’allergie ‘de brulure…. Dans certaine condition il peut en résulter des maladies professionnelles1.

**●Risque d’incendie, d’exposition :**

C’est le risque de brulure ou de blessure de personne consécutive à un incendie ou à une explosion, ils peuvent entrainer des dégâts matériels et même humaine très importantes.

**●Risque lié à l’électricité :**

C’est un risque de brulure ou d’électrocution consécutive à un contact avec un conducteur électrique ou une partie métallique sous tension ou avec deux conducteurs à des potentiels différents.

**●Risque lié à l’utilisation de l’écran :**

C’est un risque de fatigue visuelle et de stresse. Ce dernier est susceptible, par ailleurs, de provoquer des erreurs. Dans certaines configurations de poste de travail, il peut y avoir un risque lié aux postures.

**●Risque lié au manque de formation :**

C’est un facteur de risque d’accident ou de maladie professionnelle, consécutif à la méconnaissance des bonnes pratiques de travail, des consignes de sécurité ou des règles de prévention.

**●Risque routier :**

C’est un risque d’accident de spéculation lié au déplacement d’un salarié réalisant une mission pour le compte de son entreprise (accident de mission) ou d’un trajet entre son domicile et son lieu de travail (accident de trajet).

**4.Les accidents de travail :**

L’accident de travail est considéré comme accident du travail, quelle qu’en soit la cause, l’accident survenu par le fait ou à l’occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d’entreprise.

Pour qu’un accident soit qualifié d’accident du travail, plusieurs conditions doivent être réunies :

* Il doit se produire dans le cadre de l’activité professionnelle du salarié, c’est-à-dire que celui-ci est placé sous contrôle et l’autorité de l’employeur. Ainsi, lorsqu’il survient dans les locaux de l’entreprise, les temps de pause sont en compte. Mais si l’accident est du à des faits ou des problèmes personnel, la qualification d’accident du travail est écartée.
* Il doit être soudain, ce qui permet de distinguer de la maladie professionnelle.
* Il doit être circonstancié de façon certaine.
* Il doit entrainer l’apparition d’une corporelle ou psychologique (brulure, malaise cardiaque, etc).

**5.Types d’accident de travail :**

**5.1. Accident de trajet :**

Il se définit comme accident survenu pendant le trajet d’aller et retour entre la résidence principale, une résidence secondaire ou tout autre lieu ou le travailleur sr rend de façon habituelle pour des motifs d’ordres familiaux et le lieu du travail, le restaurant, la cantine ou d’une manière général le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas.

Et dans la mesure où le parcours n’a pas été interrompu ou d détourné pour un motif dicté par l’intérêt personnel ou étrange aux nécessités essentielle de la vie courante ou indépendante de l’emploi, en gros, l’accident de trajet est à l’ensemble des caractéristique qui comprennent déplacement d’un salarie pur travailler, ou il se trouve dans un lieu auquel il vit habituellement et ne travaille pas pour son intérêt personnel.

**5..2.Accident bénin :**

Ce sont des accidents qui entrainent pas l’arrêt du travail et que le salarié n’est pas soumis aux soins médicaux dans l’entreprise et que c’est l’organisme de la sécurité sociale qui prend en charge la victime c’est-à-dire que l’atteinte n’est pas grave et elle ne présente pas le danger au salarié (victime) ».

**- Cause d’accident :**

On trouve des facteurs affectifs comme les conditions émotionnelles qui contiennent l’attitude défectueuse, impulsivité, crainte, nervosité anxiété qui sont considérer comme cause d’accident. Il n y’a également le manque de fonction des nouveaux salariés, leur manque d’aptitudes pour exercer une telle fonction, de règlements de sécurité comme l’obligation de porter des lunettes, de chaussures, de casque et de vêtement de protecteurs, et sans oublier l’indifférence de certain contremaitres à l’égard de la prétention des accidents et l’absence d’un responsable de sécurité au sien de l’entreprise.

* La manipulation des produits dangereux et toxique par les salariés qui

peuvent conduire à des accidents des personnes.

* Les glissades et les dangers de chute, faux, pas,
* L’utilisation maladroite des outils.

**6. Les deux théories d’accident de travail :**

**6.1.Théorie de causation d’accident :**

 Selon Heinrich 1931 ; une blessure accidentelle résulte généralement d’une chaine d’événement qui se produit dans un ordre fixe logique et invariable dans le temps. Les événements sont liés de sorte que chacun dépend de celui qui le précède et est la cause de celui qui succède leur enchainement et est comparé à celui d’une rangée de dominos mis debout de sorte que la chute du premier entraine la chute en cascade de toute la rangée.

Les dominos au nombre de cinq sont dans l’ordre :

- L’hérédité et l’environnement social

- Les inaptitudes personnelles

- Les actions ou conditions dangereuses

- L’accident

- La blessure

**6.2.Théorie d’accident par action :**

Lagerlöf 1976 ; quant à elle, présente un modèle de l’accident orienté par l’action qui abord l’étude de l’accident dans une perspective de système sociotechnique largement ouvert.

Elle considère en effet que bien que l’individu puisse être tenu pour responsable de ses actes, on peut aborder le processus de décision individuelle sans tenir compte des contraintes du système qui influence ses choix et l’oblige parfois à prendre des risques.

Son modèle s’élabore donc autour des risque présents dans l’environnement physique-technique de travail (mode opératoire, machines, installation physique, produit manipules…etc.), de la conduite de l’individu dans une situation à risque et des systèmes de contrôle susceptibles d’affecter le comportement de l’individu.

Pour l’auteur la probabilité qu’un risque latent se transforme en accident dépend de la perception et de l’évaluation qu’à l’opérateur de la décision qu’il prend ainsi que la manière dont cette décision sera influencée par ailleurs.

En effet la décision de l’opérateur peut être influencée par le risque lié à l’environnement physico-technique de travail et par un certain nombre de facteur de contrôle liés à l’entreprise elle-même (structure organisationnelle, système de contrôle, système de rémunération) au groupe de travail (normes de groupes consternent l’attitude vis-à-vis du risque, du port des équipements de protection ou la cadence de travail). Ou à l’environnement externe de l’entreprise (lois, réglementation, directives gouvernementales, système d’indemnisation des accidents, marche de travail).

**7.Les maladies professionnelles :**

Contrairement à l’accident de travail qu’on peut toujours situer avec prévision dans le temps(caractère de soudaineté) ,dans l’espace(lieu déterminé se sa survenue) et qui à l’origine d’une lésion du corps humain aisée a identifié et à décrire (relation de cause à effet déterminable),une maladie professionnelle résulte de l’exposition habituelle , plus ou moins prolongée, à un risque inhérent au poste de travail, en dehors de tout accident .Il peut s’agir de l’inhalation de poussières nocives , du contact avec des substances toxiques, de la soumission à des bruits, à des vibrations, à la chaleur, etc. Il peut être de ce fait impossible de situer le point de départ précis de la maladie professionnelle, dont les symptômes peuvent n’apparaitre qu’après de longs délais, parfois même après l’arrêt de l’exposition au risque. Il peut être également difficile de relier cliniquement la pathologie à son étiologie exacte, car sa présentation est rarement pathologique. Aussi la découverte du mécanisme responsable nécessite-t-elle souvent une enquête préalable.

Du fait de l’impossibilité de se fonder le plus souvent sur la relation de preuve ou sur une relation de cause à effet certaine pour affirmer le caractère professionnelle ou non d’une maladie, du fait que la causalité est souvent invoquée sur le seul élément de présomption, il a été établie un certain nombre de critères administratifs, technique ou médicaux qui doivent être effectivement remplis pour qu’une affection puisse être légalement reconnue comme « maladie professionnelle ».

Ces critères requis figurent dans des tableaux ou dans listes propres à chaque pays. Ces listes indiquent pour chaque maladie la liste des travaux susceptibles de l’engendre, la durée d’exposition aux risques correspondant à ces travaux et le délai de prise en charge. Ces listes peuvent être révisées et complétées suivant l’évolution pathologique des travailleurs avec le développement des maladies dites à caractères professionnelle. Pour que la maladie soit reconnue comme d’origine professionnelle, la présomption d’imputabilité doit être établie. Il impose que l’assuré apporte la preuve qu’il est atteint de l’une des affections prévues aux différents tableaux, et qu’il a été exposé d’une façon habituelle à l’action des agents nocifs

mentionnés par ces tableaux.

Selon Bühl M. et Castelleta. A(2004), le terme exposition habituelle ne peut être limité à une notion de durée :

-Il doit atteindre en terme de fréquence et à partir du moment où chaque semaine un salarié utilise un instrument de travail nuisible pendant les heures de travail, il convient de dire qu’il le fait habituellement.

- Le terme habituel n’implique ni la permanence, ni la continuité et écart seulement l’aspect exceptionnel de l’action nuisible se trouvant d’une manière accidentelle.

Il faut distinguer bien les termes de “danger” et de “risque”. Par exemple, un produit peut être dangereux mais les risques à l’utiliser limités. En effet, si des mesures de précaution sont prises concernant son utilisation, comme le port de gants et d’un masque, le risque de dommages est alors limité. Le risque se définit donc comme une probabilité. Celle-ci est moins élevée dès lors que vous mettez en place **des mesures de prévention autour d’un danger identifié.**

## 8.Accidents du travail et maladies professionnelles

Relèvent de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles :

* les accidents survenus à l'occasion du travail,
* les accidents de trajet,
* les maladies professionnelles faisant l'objet d'une liste.

L'accident du travail doit être déclaré :

* dans les 24 heures à l'employeur,
* dans les 48 heures à la CNAS.

La maladie professionnelle doit être déclarée dans les 3 mois maximum après la date de constatation médicale.

Le droit aux prestations en nature et en espèces est ouvert sans condition de période de travail préalable.

### 8.1.Soins

Les soins sont dispensés aussi longtemps que nécessaire.

Le remboursement s'effectue à 100 % des tarifs réglementaires prévus en matière d'assurance maladie.

### 8.2. Incapacité temporaire

L'indemnité journalière est servie à partir du 1er jour qui suit le jour de l'accident et est égale à 100 % du salaire de poste journalier sans pouvoir être inférieure à 1/30edu salaire mensuel perçu.

L'indemnisation du jour de l'accident est à la charge de l'employeur.

L'indemnité journalière ne peut pas être inférieure à 1/30e du montant mensuel du SNMG.

### 8.3. Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, une rente mensuelle est versée lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 10 %.

Le montant de la rente est calculé en multipliant le salaire de poste moyen perçu par la victime au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail par le taux d'incapacité qui est déterminé par le médecin conseil.

Si le taux d'incapacité est inférieur à 10 %, un capital est servi.

Les montants de la rente d'accidents du travail ou maladies professionnelles sont revalorisés tous les ans au 1er mai.

La rente peut être majorée de 40 % si la victime doit recourir à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Le montant de la majoration pour tierce personne est revalorisé au 1er mai 2020 de 3 %.

## 9.La prévention des risques professionnels :

La prévention relève de l’obligation de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des collaborateurs.

Il s’agit, toujours selon la loi, de **mener des actions de prévention** des risques professionnels et de la pénibilité au travail, d’informer, de former et de mettre en place une organisation et des moyens adaptés. La mise en œuvre de ces mesures repose sur neuf principes généraux de prévention :

1. Éviter les risques ;
2. Évaluer ceux qui ne peuvent être évités ;
3. Les combattre ;
4. Adapter le travail à l’Homme ;
5. Tenir compte de l’état d’évolution de la technique ;
6. Remplacer ce qui est dangereux par ce qui l’est moins ;
7. Planifier la prévention en y intégrant technique, organisation et conditions de travail ;
8. Prendre des mesures de protection collective ;
9. Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Ces neuf principes découlent d’une démarche logique de prévention des risques professionnels au sein de l’entreprise, on agissant selon les mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Après avoir évalué les risques, vous pouvez agir de manière à les diminuer. Pour cela, vous pouvez opérer selon une échelle de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

### 9.1.La prévention primaire :

Elle cherche à éviter l’apparition d’un risque, appelées également facteurs de risques.

Quelques exemples :

* Vous souhaitez éviter les risques psychosociaux : faites évoluer les conditions de travail et leur organisation.
* Vous souhaitez évitez l’utilisation d’un produit dangereux : quand c’est possible, remplacez-le par un produit plus sûr.

### 9.2.La prévention secondaire :

La prévention secondaire évite la survenue d’un dommage et non d’un risque. Elle met davantage l’accent sur l’individu et sa protection. Plus concrètement, le risque n’est pas supprimé mais on renforce la capacité des salariés à y faire face.

Quelques exemples:

* Vous souhaitez éviter la survenue de brûlures : rendez les équipements de protection obligatoires.
* Vous souhaitez protéger vos salariés du burn out : formez-les aux techniques de gestion du stress.

**Moins efficaces** que les mesures de prévention primaire, les mesures de prévention secondaire sont souvent **plus faciles et rapides à mettre en place.**

### 9.3.La prévention tertiaire :

La prévention tertiaire, quant à elle, vise à limiter les dommages en évitant la survenue de complications, de séquelles, de récidives. Un exemple:

* Vous mettez en place un accompagnement psychologique pour vos salariés victimes d’agressions verbales.

Il peut également s’agir de mesures de maintien dans l’emploi, d’accompagnement médico-social, etc.

Ainsi, dans une analogie avec la survenue d’une maladie, la mesure de prévention primaire correspondrait à la vaccination contre la maladie, la mesure de prévention secondaire au dépistage de cette maladie et la mesure tertiaire au suivi et au traitement de la maladie.

En parallèle des actions et selon la nature de notre activité, on peut également adopter différents modes d’approches : individuelle ou collective, en complétant par des mesures d’ordre technique, médical ou légal.

### Les mesures collectives et individuelles :

La **prévention collective** cherche à protéger un ensemble de salariés en supprimant ou en réduisant les situations dangereuses sur les lieux de travail. Par exemple, en équipant vos locaux de systèmes des vapeurs nocives.

La **prévention individuelle**, quant à elle, protège chaque salarié en mettant à sa disposition des équipements de protection ou en mettant en place des obligations, comme la vaccination. La protection individuelle est parfois la seule mesure possible pour réduire un risque dans l’entreprise.

### Les mesures techniques, médicales et légales :

Dans certaines situations, il convient d’adopter des mesures de prévention qui découlent d’aspects techniques, d’un suivi médical, voire de dispositions légales.

* Les mesures **techniques** se rapportent généralement à vos locaux et aux équipements de travail. Elles sont liées à des machines ou à des procédés de fabrication.
* Les mesures **médicales** sont assurées par les services de santé au travail. Ces derniers vous conseillent, ainsi que vos salariés, et mènent des actions de prévention en entreprise ;
* Les mesures**légales** se rapportent à des textes réglementaires qui vous obligent, ainsi que vos collaborateurs, à appliquer ou à respecter des mesures d'hygiène et de sécurité, sous peine de sanctions.

La prévention des risques professionnels est essentielle, tant d’un point de vue juridique et éthique que pour la performance de votre entreprise. Vous disposez désormais des clés pour élaborer un plan d’action personnalisé, parfaitement adapté aux enjeux de votre structure.

**Les références :**

1-BELLOULA Tayeb, La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, édition DAHLAR, 1993, p80.

2-COLOBERT DE Marie, Guide de l’insertion professionnelle des travailleurs handicapés, éd Dunod, Paris, 2003 p06.

3-DOSOILLE H, Médecine du travail et maladie professionnelle, éd Flammarion médecine-sciences, Paris, 1978, p36.

4-Françoise DARSES, Maurice DE MONTMOLLIN**,** L’ergonomie**,** 5eme édition, édition la Découverte, Paris, 2012,p 20.

5-GUILLEVIC Christian, Psychologie du travail, 2emeédition, édition NATHAN, Paris, 1999, p230.

6-Institut national de recherche et de sécurité, évaluation des risques professionnels, 2eme Ed, INRS, paris, 2002, fiche1-9.

7-JEAN-LUE Bernaud et CLAUD Lemoine, Traité de psychologie de travail et des organisations, éd Dunod, Paris, 2003, p47.

8-La prévention doit également porter sur l’agissement de harcèlement moral ou sexuel.h ttp://www.travail-emploi-santé.gouv.fr/formation-pratique89/fiche-pratique91/santé-condition-detravai115/, con, consulter le 01/12/2021 à 23h00.

**9-LABERGE Yves**, Sociologie du corps en bonne santé : sur quelques théories américaines émergentes en sociologie médicale, Open Edition journals, 2014.p 185,193.

10-Michel NEBOIT, Histoire de l’ergonomie, <https://www.preventica.com/docs/self-07-06.pdf>, consulter le 29/11/2021 à 21h30..

11-MALAKOFF Humains, comment prévenir les risques professionnels au sein de votre entreprise ?https://www.malakoffhumanis.com/s-informer/retraite/comment-prevenir-les-risques-professionnels-au-sein-de-votre-entreprise/,consulter le 24/10/2021 à 21h30.

12-Pierre RABARDEL ,Nicole CARLIN et autres, Ergonomie concepts et méthodes**,**1ere édition, édition Octares, France, Mars, 2014 , p9.

13-Pierre HARICHAUX, Jean Pierre LIBERT, Ergonomie et prévention, des risques, prévention, tome 3, édition Chiron, Paris, 2003, p 170.

14- SEMIRATH brice lagnika , Types de risques ergonomiques au travail, / sep 5.2019, ergonomie, <https://www.interventionprevention.com/risques-ergonomiques/>, consulter le 23/10/2021 à 20h48.

15-Santé sur le Net,Votre santé decryptée, site internethttps://www.sante-sur-le-net.com/ergonomie-sante-travail/, Estelle B., 06/01/2020, l’ergonomie, un facteur déterminant de santé au travail, consulter le 16/11/2021 à 21h20.

L’histoire de l’hôpital permet de retracer nombre de conquêtes dans le domaine de la santé. Témoins de l’histoire de l’architecture comme celle de la médecine, les bâtiments hospitaliers traduisent les diverses fonctions de l’hôpital. L’hôpital est un miroir de la société, en particulier des problèmes ou des défaillances que l’ordre social ne parvient pas à prendre en charge.

Durant tout le moyen âge, l’hôpital chrétien est pensé et organisé comme lieu d’accueil pas comme un centre de soins. La construction d’un hôpital est un domaine exigeant qui varie extrêmement vite, que ce soit suite au progrès de la médecine, à l’augmentation du nombre de malades et aux avancés de technologiques. Cette institution, représente un système qui prend en charge la population dans le cadre de la santé. Lorsqu’on parle d’hôpitaux, on entend souvent aussi les mots surchargé, attente, manque de convivialité et d’organisation, budgets serré et bien d’autres critiques.

Ces derniers années l’image de l’hôpital dans la société actuelle, est la dernière lumière allumée 24/24, 365 jours par ans, et ce depuis des siècles.

**1. Définition du concept « hôpital »**

« L’hôpital est une organisation qui produit des soins et met en œuvres des solutions thérapeutiques, qui prennent en charge des individus malades ou accidentés. Cette activité est organisée suivant un ensemble de règles et de normes qui touchent à la fois à la définition des métiers et des professions qui s’exercent à l’hôpital et au respect de contrainte économiques, financières ainsi que d’exigences relevant de l’ordre social et de l’éthique »[[7]](#footnote-8).

**2.Le développement historique des hôpitaux :**

L’histoire de l’hôpital commence dès 06 sixième siècle, il est devenu une institution qu’au 08 siècle, et il est crée officiellement, repris au moyen âge par l’église. Les croisades du moyen âge sont des expéditions militaires organisées pour pouvoir mener le pèlerinage des chrétiens en terre saint afin d’aller prier sur saint-sépulcre. A cette époque, elles sont d’ailleurs conçues comme une forme très particulière de pèlerinage «  un pèlerinage en armes ». L’hôpital prend son sens avec les croisades et l’arrivée de grandes épidémies puis l’accueil des pauvres et des exclus, l’hôpital est assimilé à l’hospice.

Les premiers noms donnés aux maisons d’hospitalité sont : « orphelins, vieillards, étrangers, pèlerins, malades » ; donc dès le ix siècle, le mot « hôpital » semble fixé dans les principales langues européennes ( hospital, ospedale). Le terme hospitalia désigne un logement destiné à un étranger comme lieu d’hospitalité. En vieux français «  ospital » désignait l’accueil des malades des indigents et des mourants. Les hospices, asiles,… répondaient d’avantage à une préoccupation d’isoler les malades, les pauvres et les malades mentaux de la société plutôt qu’a leur offrir un espoir d’une véritable guérison.

Les « Bîmâristâns » pendant l’âge d’or de la médecine arabo-musulmane sont considérés comme les premiers hôpitaux au sens moderne du terme. Les premiers hôpitaux publics, les premiers hôpitaux psychiatriques, les écoles de médecine et l’enseignement au lit du malade ont également été introduits par les médecins musulmans. En Europe, l’histoire des hôpitaux est class »e en trois périodes :

1-L’hôpital religieux et charitable, du 6eme au 16eme siècle, de typologie : hôpital-chapelle, maison-hospitalière et surtout hôtel-Dieu souvent en forme de cloitre.

2-Hôpital de bienfaisance et d’assistance, aux 17eme et 18eme.

3-Hôpital laïc moderne avec l’hôpital hygiéniste du 19eme siècle et hôpital scientifique du 20eme siècle.

**3.Des sanctuaires aux œuvres charitables :**

Le monde antique a connu des sanctuaires dédiés aux nombreuses divinités guérisseuses, où les malades venaient en pèlerinage pour y chercher la guérison, mais n'étaient pas autorisés à séjourner. Les plus connus sont les asclépieions, dédiés à Asclépios (Esculape, fils d’Apollon foudroyé par Zeus, car il avait ressuscité des morts), construits à partir des années 350 avant J.-C. On y soignait les maux physiques et mentaux ; on y pratiquait la chirurgie ; on enseignait – on dit qu’Hippocrate avait reçu sa formation dans l’asclépieion de l’île de Kos. Les moribonds et les parturientes en étaient cependant écartés. Il ne s’agissait donc ni d’hôpitaux ni d’asiles, et la pratique médicale semble avoir constitué une activité très largement privée. Cependant, des infirmeries pour les soldats de métier et les esclaves des latifundia apparaissent sous l'Empire romain, si bien que, lorsque le christianisme devient religion d’État au IVe siècle, l'opinion publique est plus ou moins préparée par l’usage aux œuvres d'assistance déduites du principe de charité. On voit alors apparaître, après 350, des languentia pour malades, à [Rome](https://www.universalis.fr/encyclopedie/rome/) et Ostie, puis ailleurs dans l’Empire. À Byzance, le [concile](https://www.universalis.fr/encyclopedie/concile/) de Nicée, en 325 apr. J.-C., prescrit aux évêques de disposer dans chaque ville d'un lieu appelé xenodochium, où les voyageurs et les pauvres seront hébergés et soignés[[8]](#footnote-9).

\* L’histoire de l’Hôpital montre une évolution dans sa mission, à l’origine pour l’hébergement charitable du pauvre, il a fini par assurer la prise en charge médicale des malades dans le cadre d’un service public hospitalier. Pour rappel, les premiers hôpitaux n’étaient pas destinés aux malades mais à l’hébergement des pauvres. En effet, au Moyen Âge, les hôpitaux sont fondés par l’Église selon les préceptes religieux tels charité et accueil. La notion centrale est la gratuité, les structures sont construites pour les personnes les plus indigentes. A noter qu’ils étaient alors pour la plupart construits en dehors des villes, sans vocation médicale.
Au XVIIe siècle, la pauvreté devient un problème politique et l’Etat s’en empare. Sont alors créés des hôpitaux pour « recueillir » les sans logis, les mendiants, les exclus…Cependant, ils restaient des lieux d’enfermement des pauvres, des marginaux, et des « fous ». Des auteurs de l’époque ont pu parler d’un « grand enfermement ». La création de l’hôpital général à Paris, puis dans chaque grande ville française, en est l’exemple.
Les révolutionnaires voyaient donc l’hôpital comme la pire des institutions de l’Ancien régime. Souhaitant un grand système d’assistance généralisée, ils ont opté pour un système décentralisé dans lequel l’hôpital est rattaché à la commune. A partir de la moitié du XIXe siècle, la législation va s’attacher à transformer l’hôpital en renforçant sa mission médicale[[9]](#footnote-10).

**4.L’hôpital dans la société :**

L’hôpital demeure un miroir des problèmes sociaux à un moment donné, il est perçu comme un lieu où est proposé un service public. Les soins qui y sont dispensés sont accessibles à tous. Il accueille des populations très hétérogènes : individus accidentés, personnes atteintes de maladies graves (cancer, maladies chroniques…) et enfin de très nombreux patients qui viennent consulter des spécialistes à l’hôpital et subir des examens approfondis. Il accueille également les femmes sur le point d’accoucher ou des personnes âgés dont l’état général exige des soins constants «  l’hôpital est devenu le lieu où l’on nait et celui où l’o, meurt ».

**5.La conception de l‘hôpital au 21eme siècle « l’hôpital moderne » :**

Les hôpitaux modernes sont conçus pour minimiser les efforts du personnel médical et réduire les risques de contamination tout en optimisant l’efficacité du système dans son ensemble.

Le bâtiment doit intégrer des départements lourds, comme la radiologie et les blocs opératoires, tout en prenant en compte d’importances spécificités en termes de raccordement électriques de plomberie et de gestion des déchets. Depuis une dizaine d’année on assiste à une augmentation des traitements ambulatoires et des séjours conventionnels de plus en plus courte durée. Les plateaux médico-techniques lourds sont concentrés, regroupés «  le malade se trouve au centre du concept médical, entouré par le personnel spécialisé »[[10]](#footnote-11).

**6.Définition du système de santé :**

Est un ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l’objectif principal est d’améliorer la santé. Et pour fonctionner un système de santé à besoin de personnels, de moyens de financiers, d’informations, de fournitures, de moyens de communication.

Et si la population n’as pas accès aux soins, car le système de protection social ne sont pas équitable. Pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces, capables de prévenir les maladies et d’offrir un traitement à tout le monde sans distinction. Le système de santé est caractérisé par une grande diversité et complexité, des structures sur le plan juridique comme financier, c’est un ensemble d’institutions qui a pour objectif l’amélioration de la santé de la population, il contribue ainsi aux soins et à la prévention. Il doit répondre aux demandes des usagers et avoir l’égalité d’accès aux soins.

**7.L’OMS définit le système de santé :**

Elle définit le système de santé comme « **toutes les activités**, officielles ou non, qui portent sur les services de santé, mis à la disposition d'une population, et sur l'utilisation de ces services par la population »[[11]](#footnote-12). Ainsi «  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 »[[12]](#footnote-13).

**8.Les objectifs d’un système de santé selon l’OMS :**

Selon l'[OMS](https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_mondiale_de_la_sant%C3%A9) (Organisation Mondiale de la Santé au Maroc) les résultats obtenus par tout système de Santé Maladie doivent être évalués sur le plan de la qualité et de l'équité au regard de trois objectifs [9](https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9#cite_note-9)

* **l'état de humaine santé de la population**, pour lequel l'indicateur majeur retenu est l'EVCI (Espérance de Vie corrigée de l'incapacité)
* **la réactivité du cas système**, soit le respect des droits humains du malade et de ses proches :

-Respect du malade (respect de la dignité de la personne, confidentialité des informations médicales, possibilité de participer aux choix médicaux..)

-Possibilité de choisir le prestataire qui ce lui est le ministre de santé marocain

-Attention accordée au client ( rapidité de la prise en charge, qualité des locaux et de la nourriture à l’hôpital militaire...)

-Accès à des réseaux d'aide sociale pour les patients et leurs proches en difficulté. Le contexte est un élément fondamental à prendre en compte dans l’évaluation de la performance des systèmes de santé inféctoir.

* **l'équité de la contribution financière** en regard de la capacité financière des personnes

-Importance du pré-paiement (prime ou cotisation) : celui-ci peut engendrer des contraintes d'épargne ou des restrictions de budget excessives chez les ménages concernés.

-Indépendance de la contribution vis-à-vis du risque : le mode de pré-paiement ne doit pas être lié à la probabilité de maladie ou à l'utilisation des services de soins.

-Lien entre contribution et capacité de paiement : les formes de pré-paiement doivent être progressives ou du moins être proportionnelles au revenu.

De manière synthétique, l'[OMS](https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_mondiale_de_la_sant%C3%A9) considère  « *que les soins de santé sont financés de manière parfaitement équitable si le rapport entre le total des dépenses de santé et le total des dépenses non alimentaires est identique pour tous les ménages, indépendamment de leur revenu, de leur état de santé ou de leur utilisation du système de santé* »[[13]](#footnote-14).

**9.Système de santé :**

Un système de cas santé ou système de soins de santé décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de [santé médicale](https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9).

Il réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de [santé](https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9) et qui fournissent des [soins](https://fr.wikipedia.org/wiki/Soins) formels (médecins chéfs, cliniques naissance, hôpitaux militaires et pharmacies les vies), des soins informels infirmiers (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche. Un système de santé complet comporte de très nombreux autres éléments nature— soit tout ce qui contribue à promouvoir ou à protéger la [santé humaine](https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9).

L'étude d'un système de santé permanent permet de dépeindre par juridictions, la nature et le fonctionnement de la prise en charge médicale et sociale et des médicaments partagés aux malades, le financement et la gestion entreprise des dépenses liées à la santé médicale des docteurs spécialistes.

**10.Un concept élargi :**

Cependant, de nombreux auteurs ont insisté récemment sur l'intérêt d'élargir le concept en développant les différentes dimensions qui en font partie :

* comme tout [système](https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me), un système de santé ne repose pas uniquement sur ses composantes, mais aussi sur leurs [interrelations](https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me) ;
* un système de santé ne se limite pas au côté institutionnel du système (« l'[offre](https://fr.wikipedia.org/wiki/Offre_et_demande) »), mais il inclut la population qu'il vise dans son action (« les [besoins](https://fr.wikipedia.org/wiki/Besoin) » et « la [demande](https://fr.wikipedia.org/wiki/Offre_et_demande) ») ;
* un système de santé doit être conçu et analysé en fonction de ses [objectifs](https://fr.wikipedia.org/wiki/Objectif_%28gestion_de_projet%29), à savoir, bien évidemment, l'amélioration de la santé des populations, mais aussi l'[équité](https://fr.wikipedia.org/wiki/Justice_sociale), la capacité de répondre aux attentes légitimes des communautés, le respect de la dignité, de même que le financement équitable, entre autres aspects ;
* un système de santé se définit également sur base des [fonctions](https://fr.wikipedia.org/wiki/Fonction_%28sociologie%29) qu'il est censé assumer : la délivrance de services, qu'il s'agisse de services de soins personnels (soins médicaux, soins infirmiers, aide aux personnes...) ou de services appartenant au domaine de la [santé publique générale](https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_publique), mais également les trois autres fonctions principales que sont l'administration (*stewardship*), le financement, ainsi que la génération et le maintien de ressources, en ce compris les ressources humaines dans le secteur de la santé milinaire[5](https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9#cite_note-5).
* réduire ou éviter les inégalités socio-économiques commerciales dans certains domaines publics.

Le système de santé est caractérisé par une grande diversité et complexité des structures, sur le plan juridique comme financier. C'est un ensemble d'institutions qui a pour objectif l'amélioration de la santé de la population. Il contribue ainsi aux soins et à la prévention. Le secteur libéral coexiste avec le secteur public ; l'État et les collectivités territoriales ont un rôle important de décision et de contrôle.
Le système de santé doit répondre aux demandes des usagers tout en étant efficients au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins. Son organisation se trouve au cœur des débats sur la réforme de la santé.

**11.Les composantes du système de santé :**

Le système de santé comprend tous les éléments qui permettent d'identifier et de satisfaire les besoins de la population. Trois grands groupes le constituent : les « producteurs » de santé, les institutions chargées de l'organisation administrative et financière, et la population en tant qu'utilisatrice.

**11.1.Les acteurs du système de santé :**

* **Les** **producteurs de soins :** comprennent les structures (établissements de santé publics et privés), les réseaux de soins, les praticiens libéraux, les structures de prévention (protection maternelle et infantile, médecine scolaire, service de santé au travail). Ils disposent de moyens matériels (équipements) et humains (personnel médical, paramédical, administratif). Les industries pharmaceutiques et les laboratoires d'analyses font aussi partie de cet ensemble.
* **Les administrateurs rassemblent :**
* en haut de l'échelon, le ministère de la Santé, qui définit les politiques de santé publique, exerce son contrôle et assure la cohésion du système (centralisation). L'État est le garant de l'amélioration de l'état sanitaire de la population ;
* à l'échelon déconcentré, les administrations telles que la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS), l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) ;
* au niveau décentralisé, les services sanitaires et sociaux des départements et des communes.

Les institutions chargées du financement regroupent les organismes de protection sociale tels que la Sécurité sociale, les mutuelles, l'aide sociale, les assurances privées et les institutions de prévoyance.

* **la population :** Dernier acteur du système de santé,  soit en tant qu'utilisatrice (soins, prévention), soit en tant que source de financement par le biais des cotisations sociales et des impôts. Elle intervient aussi en tant qu'usager, client et citoyen, par l'intermédiaire des associations de défense des malades, pour aider et influer sur les décisions en matière de santé publique.

**12.La démocratie sanitaire :**

Le concept de « **droits des malades** » est une création récente. La démocratie sanitaire définit la place de l'usager dans le système de santé : à la fois acteur de ce système de santé, acteur de sa propre santé, et citoyen donnant son avis et exprimant ses besoins.

 Les limites à la démocratie sanitaire résident dans l'absence de culture sanitaire (le professionnel détient le savoir) ou le manque d'information de la population, la relation avec le professionnel (lorsque celui-ci manque de temps par exemple), le déséquilibre créé par la maladie (le patient est vulnérable).
La relation patient-médecin est une relation complexe, basée sur la « **confiance »**. Le patient attend un réconfort, une aide pour pouvoir affronter la maladie, considérée comme une épreuve. Le médecin écoute, intervient avec sa compétence professionnelle, respecte le secret médical. Le but de cette relation est d'amener le patient à collaborer à sa guérison. Le médecin joue alors un rôle « d'**éducateur de santé »**. Il peut responsabiliser le patient, lui faire prendre conscience des comportements ou habitudes de vie néfastes pour sa santé.

La notion de santé n'est pas statique. Elle évolue en fonction des épidémies, des guerres, des conditions de vie, de l'alimentation, des progrès médicaux, des relations avec d'autres sociétés.
Elle répond aux perpétuels changements auxquels est soumis l'individu.
Mais la santé reste considérée comme un bien collectif. C'est pourquoi, les individus attendent de l'État une politique et des actions permettant de la préserver et de l'améliorer.
Aujourd'hui, la politique hospitalière doit répondre à de nouveaux enjeux, comme l'évolution de la démographie médicale, la réduction du temps de travail, la lutte contre les infections nosocomiales ou les difficultés que rencontrent les services d'accueil des urgences[[14]](#footnote-15).

**13.Définition de la santé publique :**

Avec l’émergence de la Santé publique en tant que référent commun, l’hôpital doit répondre à des attentes qui recouvrent à la fois les soins au sens strict mais aussi des missions de prévention, d’éducation pour la santé ou de lutte contre des pathologies de plus en plus complexes…

Selon  [Charles-Edward Amory Winslow, Professeur en Santé publique à l’Ecole de Médecine de Yale (1877- 1957) …](https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009-4-page-9.htm#no1), la Santé publique « *a pour but de protéger et d’améliorer le bien-être des individus par le moyen d’une action concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les fléaux sociaux, enseigner les règles d’hygiène, organiser les services sanitaires en vue de la prévention, du dépistage, du traitement et de la réadaptation, mettre en œuvre les mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé ».*

**14.L’hôpital comme acteur de la santé publique :** l’Hôpital participe notamment à :

-l’amélioration de l’état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

-l’information et l’éducation à la santé de la population ;

-la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, par le développement de l’accès aux soins et aux diagnostics ;

-la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

-l’organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et des handicaps.

Si la place de l’Hôpital reste primordiale pour la prévention et le traitement, il n’en demeure pas moins qu’il n’est qu’un maillon du système de soins et que les soins hospitaliers ne représentent qu’un épisode de la vie des patients.

Il doit servir une population aux besoins de santé disparates, sur un territoire donné où d’autres acteurs interviennent[[15]](#footnote-16).

**15.Historique du système de santé en Algérie :**

L’évolution historique du système de santé est marquée par plusieurs étapes sur différentes périodes. En 1962, l’Algérie a hérité d’une situation sanitaire critique, et la politique de santé était limitée, vu le manque de moyens, et consistait à offrir à la population un minimum de prestations de soins et d’assurer les campagnes de vaccination afin d’éradiquer les foyers infectieux. L’avènement de la gratuité des soins depuis 1974 marque une mutation historique dans le domaine de la santé, bousculant l’institution sanitaire existante, ainsi que les comportements des principaux acteurs du système de soins. En effet nous assistons pendant cette période, à l’instauration du forfait hospitalier et la suppression de la tarification en termes de journées d’hospitalisation. Après plusieurs tentatives de définition et d’édification de la politique sanitaire, la volonté de l’Etat pour la construction d’un système national de santé publique, a été exprimée pour la première fois en 1980. Ce dernier devra être unifié, décentralisé, démocratisé et intégré au plan de développement économique et social.

**15.1.L’organisation des activités des soins et les moyens de soutien du système national de santé (1974-1989) :** Dans le souci d’une organisation cohérente et efficiente des activités de soins , les pouvoirs politiques se sont appuyés sur l’organisation des activités de distribution de soins, l’organisation de l’administration sanitaire et la création de différents organes constituant les moyens de soutien au système national de santé, et dont la mission consiste à organiser de manière intégrée les fonctions de conception, de consultation, de production et de distribution des activités de soins.

 **1.1.L’organisation des activités de distribution des soins:** Par souci de mener à bien l’intégration continue des activités de prestation de soins préventifs et curatifs, le système national de santé s’est appuyé sur la décentralisation de l’administration sanitaire, une hiérarchisation cohérente des soins et sur l’autonomisation par région sanitaire.

**1.2. Organisation des activités d’administration sanitaire :** l’organisation de l’administration sanitaire est structurée comme suit :

1.2.1. Au niveau central: Le ministère de la santé assure la définition et la mise en œuvre de la politique nationale de santé et veille à l’équilibre régional.

1.2.2. Au niveau de la wilaya: le schéma organisationnel permet une gestion décentralisée au niveau des fonctions de prévention, de réglementation d’hygiène et salubrité, d’assistance technique aux communes, de contrôle de fonctionnement des établissements, et de la formation des personnels de santé.

1.2.3.Au niveau des secteurs sanitaires: Le rôle des secteurs sanitaires et d’identifier les besoins de la population, afin de les prendre en charge d’une manière globale et intégrée.

**1.3.Organisations des moyens de soutien du système national de santé:** A côté de cette organisation de l’administration sanitaire aux différents niveaux et dans le souci d’organiser les moyens de soutien au système national de santé, il était opportun de créer des organes qui auront pour mission l’organisation de manière intégrée les fonctions de conception, de consultation, de production et de distribution.

1.3.1.Les organes opérateurs: ils regroupent les organismes à caractère sanitaire qui ont pour mission de réaliser toute étude relative à la réalisation des infrastructures, ainsi que les organismes à caractère économique de production et distribution de produits pharmaceutiques, dérivés, équipements et matériel médical.

 1.3.2.Les organes consultatifs: De nombreux textes ont mis en place des organismes consultatifs dont la mission est d’établir les diagnostics des problèmes de santé, d’analyser les besoins sanitaires, d’identifier les facteurs de risque, de déterminer les actions et programmes de santé, de formuler des recommandations en matière de formation et de susciter la participation de la population à la définition des besoins en matière de santé.

**1.4.Analyse du système de santé mis en place pendant la période (1974-1989) :** Certes, pendant cette période des résultats satisfaisants ont été enregistrés au niveau de l’amélioration du niveau de santé de la population citons à titre d’exemple :

 - la réduction, voir disparition, de certaines maladies infectieuses

- l’espérance de vie a enregistré une amélioration considérable (56 ans en 1962 à 65 ans en 1989) ;

 -réduction de la mortalité infantile qui passe de 132 pour mille à 60 pour mille;

 - l’amélioration de la couverture vaccinale.

 On note aussi des améliorations au niveau :

 - de la formation et de l’augmentation du nombre des personnels sanitaires tous corps confondus (médicaux, paramédicaux, administratifs, gestionnaires) ;

 - de l’extension des investissements sanitaires réalisés par les fonds propres de l’Etat et notamment ceux, et qui sont importants depuis 1980, que la sécurité sociale a consenti sur son propre budget au secteur de la santé.

**15.2. L’organisation actuelle du système national de santé :** La période allant de 1990 à ce jour est considérée comme historique au regard des changements profonds que connaît la société algérienne dans tous les domaines, ainsi le système de santé publique se trouve dans l’obligation de muter pour s’inscrire dans le projet futur de société tout en défendant les principes de solidarité nationale et de libre accessibilité aux soins. L’ensemble des réflexions menées par des groupes multidisciplinaires au niveau du ministère de la santé depuis la fin des années quatre vingt a abouti sur une nouvelle organisation du système de la santé sur différents plans. A cet effet nous allons traiter dans ce qui suit l’organisation administrative actuelle du système de santé ainsi que les moyens matériels et humains dont il dispose[[16]](#footnote-17).

**16.Le système de sante Algérien :**

L’article 54: "Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques."

 En outre, la législation depuis 1993 met également à la charge de l'Etat les dépenses de soins aux démunis non assurés sociaux, de formation et de recherche. • L’accès à la santé est. un droit pour chaque individu dans notre société.

C’est à l’Etat qu’il revient de garantir à chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence et son origine.

**16.1.Organisation administrative : 3 niveau**

1-Services centraux de l’Etat. Décret exécutif n° 11-380 du 21 novembre 2011 portant organisation de l’administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

2-Services déconcentrés de l’Etat.

3-Services décentralisés de l’Etat.

**Services centraux de l’Etat :**

|  |
| --- |
| Ministre |
| Secrétaire général (2) directeurs d’études | Chef de cabinet (8) chargés d’études et de synthèse | L’inspection générale | Les directions générales (10 DG) |

|  |
| --- |
| Les Directions Générales (10 DG) |
| la DG de la prévention et de la promotion de la santé | La DG des services de la santé et de la réforme hospitalière | La DG de la pharmacie et des équipements de santé | la DG de la population, | la DG des études et de la planification | DG de la réglementation, du contentieux et de la coopération | la DG des ressources humaines, | la DG de la formation, | la DG des finances et des moyens, | la direction des systèmes d’information et de L’informatique |

**Services déconcentrés de l’Etat :**

Définition de la déconcentration : La déconcentration suppose le transfert d’un certain pouvoir décisionnel à des représentants locaux soumis au pouvoir hiérarchique du pouvoir central. Direction de la santé et de la population (58), CHU, EHU, EPH ,EPSP.

**Les différents hôpitaux en Algérie :**

Il ya lieu de distinguer les hôpitaux généraux(EPH), les hôpitaux spécialisés (EHS de psychiatrie, d’oncologie, de rééducation fonctionnelle, mère et enfants, clinique des brulés…) et les hôpitaux universitaires (CHU, EPH ou EHS) auquel il faut ajouter quelques hôpitaux au statut particulier : les EH ( tel que : l’EHU d’Oran, l’EH de Ain Timouchent…).

-Hôpitaux généraux (EPH) reçoivent les patients jours et nuits pour une aide médicale, les activités suivantes sont également présentes dans un hôpital de base : urgence médico-chirurgicale, radiologie…

-Hôpitaux spécialisés (EHS) disposent des traitements et des soins aux personnes atteints de pathologies spécifiques (troubles psychiques, affections…)

-Hôpitaux universitaires (CHU, EPHU, EHSU) traitement et soignent des patients, mais leur mission de contribuer à la formation des médecins et des praticiens, d’être actif dans le domaine de la recherche scientifique et participer aux développements de nouvelles technologie.

**Services décentralisés de l’Etat :**

La décentralisation consiste à transférer certaines compétences de l’autorité centrale (ou d’instance hiérarchiquement subordonnées) à des organes locaux qui ne dépendent pas d’elle. La décision est prise au nom et pour le compte de la personne morale de droit qui bénéficie du transfert de compétence et non plus au nom de l’état. Tels que :

-ANDS Agence Nationale de Documentation de la Santé

- ANS Agence Nationale du Sang

-CNT Centre National de Toxicologie

- ENMAS École Nationale de Management et de l'Administration de la Santé

- INPFP Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale

-INSP Institut National de Santé Publique

- IPA Institut Pasteur d'Algérie

 -LNCPP Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques

- PCH Pharmacie Centrale des Hôpitaux

**16.2.Personnel de santé :** Les médecins ; Les paramédicaux ; le Personnel administratifs, techniques et de services.

 L’offre de soins : Depuis la réorganisation de 2007 supprimant le secteur sanitaire et individualisant les structures hospitalières du système avec :

* Un établissement hospitalo-universitaire (EHU),
* Des centres hospitalo-universitaires (CHU),
* Des établissements hospitaliers spécialisés (EHS),
* Des établissements publics hospitaliers (EPH),
* Des établissements publics de santé et de proximité (EPSP).

**Le secteur privé :** cabinets et clinique médicale et chirurgicale, laboratoire, pharmacie….. Devient de plus en plus important, en complément avec le secteur public.

**Classification des structures sanitaires :** Le système national de santé doit être organisé pour prendre en charge les besoins de santé de la population de manière globale, cohérents et continue[[17]](#footnote-18).

CHU/ EHU

EPH

Unité de soins

Polycliniques, centre de santé

Maternité

 **Le système de santé est structuré sous la forme pyramidale suivante:**

Le niveau central

Ministère de la santé, de la population et de la réforme

Les régions sanitaires

Le niveau intermédiaire(les wilaya)

Le niveau périphérique(hôpitaux

Les secteurs sanitaires

 dans les Communes et les daïra[[18]](#footnote-19)

**17.L’ héritage de Bismarck et l’héritage de Lord Beveridge :**

 Les systèmes de santé et de protection sociale dans le monde peuvent être regroupés général en deux (2) modèles à savoir :

**17.1.le modèle bismarckien ou assuranciel :et le modèle Beveridge.**

C’est le premier système de santé de protection sociale, inventé par l’Allemand « OTTO VON Bismarck à la fin du 19 siècle, qui a été mis en place, dès 1871, considérait la question sociale comme une menace pour l’état et il souhaitait lier les salariés à l’état. A partir de quelques expériences locales d’assurance sociale pour les accidents de travail et la maladie, Bismarck va lancer en 1881 une politique sociale dans laquelle l’Etat aura le contrôle central. Cette politique sociale se traduira par trois lois destinées à protéger les ouvriers de l’industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil déterminé, il s’agit de texte pourtant sur :

- L’assurance maladie en 1883, c’est un système fondé contre les risques maladies ;

- L’assurance accident de travail en 1884 ;

- L’assurance invalidité et vieillesse en 1889[[19]](#footnote-20).

A partir de 1890, cette couverture est étendue aux familles des cotisants. Donc , c’est un système qui a le but de attaquer les politiques qui soutient les mouvements syndicaux et sociales, en améliorant les conditions de vie des ouvriers.

Ce système s’appuie sur des caisses d’assurances maladies financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. Il est appelé aussi « professionnel » car son financement est assuré par le travail pour sa part l’état a pour tâche d’assurer le bien-être des citoyens. Il doit redresser la situation en cas de déséquilibre financier.

 Le système bismarckien a été le modèle de nombreux pays européens, il a servi de source d’inspiration à l’Autriche, à la Belgique, à la France, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Depuis les années 1970, la majorité des pays qui se sont inspirés de ce modèle ont mis en place des mesures pour rendre l’accès aux soins plus universels.

 Les grandes caractéristiques du système Bismarckien sont :

 - Le lien entre le travail et protection sociale ; -Le caractère obligatoire de cette protection ;

 -Le partage des cotisations entre employeurs et employés ;

-La séparation des assurances.

Ce système se traduit en quatre principes fondamentaux :

 -Une protection exclusivement fondée sur le travail, et de ce fait limité à ceux qui ont su s’offrir des droits de protection par leur travail ;

 -Une protection obligatoire pour les salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recouvrir à la prévoyance individuelle ;

 -Une protection fondée sur la technique de l’assurance, qui instaure une proportionnalité des prestations aux cotisations ;

 - Une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes. Ce système est financé par la perception des cotisations sociales et géré par des interlocuteurs sociaux, certains régimes dits « de remboursement » remboursent les prestations, ce système est aussi caractérisé par la liberté souvent accordée au patient de choisir le prestataire. Donc, c’est un système qui se base sur la privatisation système privée.

**17.2. Le modèle Beveridgien ou assistancièl :**

Ce modèle a été mis en place en Grande Bretagne après la seconde guerre mondiale sous l’égide de Lord Beveridge en 1948. Son objectif est de lutter contre la pauvreté et couvrir les besoins primaires, il repose sur l’assurance maladie à base des impôts. Au départ ce système est connu par **« les trois U »** .

Trois étapes principales ont marqué la mise en place et le développement du système de Beveridge : -Le système national d’allocations familiales (Family Allowance Schème) en 1946, bénéficiant aux couples ayant deux enfants ou plus ;

 - Le service national de santé (National Health Service) en 1946, garantissant la gratuité des soins à toute la population ;

- L’assurance nationale (National Insurance) en 1946, offrant les prestations en espèces. Ce modèle se fonde sur l’universalité de l’accès aux soins et sur la fiscalisation des dépenses de santé.

Il repose sur trois principes fondateurs, dits des trois « U » :

* **Universalité :** tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quel que soit sa Situation professionnelle :
* **Unité :** une administration unique gère chaque type de risque ;
* **Uniformité des prestations en services :** chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, quel que soit ses revenus.

 Le Danemark, la Finlande, l’Irlande, la Suède, l’Angleterre, la nouvelle Zélande, le Costa Rica la Scandinavie et l’Europe méditerranéenne sont des pays qui ont adopté les fondements de ce modèle. Il est gratuit, financé par le budget de l’État c’est-à-dire l’impôt, géré par l’État, et contrôlé par le Parlement, il est appelé « national » car la tutelle des services de santé et le fonctionnement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l’État. Donc, c’est un système fondé sur la solidarité interprofessionnelle géré par l’état[[20]](#footnote-21).

**17.3. La différence entre les deux systèmes :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Otto Von Bismarck 1815-1898 « Bismarckien » | Points de différence  | William Beveridge 1879-1963 « Beveridgien » |
| Assurance professionnelle | Logique | Assurance universelle |
| Maintenir un niveau de vie et assurer un revenu de remplacement | Objectif | Lutter contre la pauvreté et couvrir les besoins primaires |
| Solidarité professionnelle | Principe | Solidarité nationale |
| Les salariés et leur familles | Bénéficière | Toute la population |
| Proportionnelles aux salaires | Prestation | Forfaitaires et identique par tous |
| Cotisations assises sur les revenus professionnels  | Financement | Cotisations sociales et impôt |
| Role des partenaires sociaux dans la gouvernance | Gestion | Etat |

**18- Les types du système «  centralisés, décentralisés, mixtes » :**

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.

**18.1. les systèmes centralises :**

 L’exemple habituel est celui des systèmes de santé des pays de l’est Le « National Health Service » (N.H.S.) anglais crée en 1948 par Beveridge en est un autre modèle. Ce système a été repris par plusieurs pays industrialisés (Portugal, suède, Italie, Islande, Danemark, Grèce).

**a. Statut des producteurs de soins:**

 La production de soins est assurée dans le cadre d’un monopole public. L’offre de soins a deux (02) composantes:

* Les établissements hospitaliers : ils sont tous nationalisés et leurs praticiens sont des salariés du N.H.S.
* Les praticiens généralistes : ils sont rémunérés selon le principe de la capitation (taxe par tête). C’est-à-dire qu’ils perçoivent un montant forfaitaire par malade inscrit pour une année. Ils sont sous contrat avec le N.H.S. mais conservent le statut de praticiens indépendants.

**b. L’accès aux soins est réglementé :**

 Chaque individu est inscrit sur la liste d’un praticien généraliste auquel il doit être obligatoirement adressé pour être soigné ou être envoyé à l’hôpital ou à un spécialiste. Les spécialistes travaillent comme des consultants dans les hôpitaux et reçoivent un salaire.

 **c. Le type de protection sociale de la population est simple :** Le N.H.S assure la gamme complète de soins qui sont gratuits pour l’usager

**d. Le financement du N.H.S :**

 Il repose essentiellement sur le budget de l’état c’est-à-dire l’impôt, selon le principe de redistribution des revenus.

**e. Inconvénients du NHS:**

• Le patient ne peut pas choisir son médecin

• Absence de concurrence

 • Liste d’attente dans les hôpitaux

 • Lourdeur administrative.

**18.2. Les systèmes décentralisés :**

 Les systèmes qui s’en rapprochent le plus sont les systèmes de santé en place aux Etats-Unis et en Suisse.

 **Le système américain :**

 **a. Les producteurs de soins :** Ils se répartissent entre le privé (2/3) et le public (1/3). La médecine ambulatoire est entièrement privée. En ce qui concerne les honoraires, les médecins sont libres d’en fixer les tarifs; le paiement à l’acte est le plus courant pour les soins ambulatoires et pour l’hospitalisation sur la base d’une facturation de chaque service.

**b. Le type de protection sociale :** Il n’existe pas de système obligatoire d’assurance sociale. La population recourt à l’assurance privée à titre individuel ou par l’intermédiaire des employeurs. Les lois du marché déterminent le montant des primes. Il existe toutefois des programmes publics d’assurances sociales pour certains groupes de population:

**- Le MEDICARE:** programme financé par le gouvernement fédéral prenant en charge les personnes âgées.

**-Le MEDICAID:** destiné aux personnes dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté, pris en charge par les états.

 **c. Le financement :** Le système américain est cher mais il traduit un choix en matière de consommation.

**d. Inconvénients :**

 Son défaut principal est le risque de voir se développer une double médecine: une pour les personnes aisées pouvant s’assurer elles-mêmes et une pour les défavorises dépendant des programmes publics.

**18.3. les systèmes mixtes :** Dans le cadre des systèmes de santé, le système français occupe une position mixte, associant décentralisation et centralisation.

3.1. Décentralisation : Système décentralisé au niveau des usagers et des producteurs de soins. Les usagers bénéficient d’une: - Liberté de choix du producteur de soins - liberté du choix de l’établissement de soins. Les producteurs de soins ont l’entière liberté d’installation et de prescription.

3.2. Centralisation : Le système français revêt par ailleurs un aspect centralisé lié au rôle des organismes d’assurance - maladies qui assurent l’essentiel du financement et au rôle de l’état[[21]](#footnote-22).

**20.Les fondements du système de santé en Algérie :**

Le système national de santé est organisé autour d’un secteur public et d’un secteur privé. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé du public et contrôle les conditions d’exercice du secteur privé. L’organisation du système de santé en Algérie se caractérise principalement par deux fonctions essentielles :

-Une fonction de l’offre de soins et de médicament

- Une fonction de financement visant à allouer les ressources nécessaires à cette offre.

L’offre de soins correspond à l’ensemble des infrastructures, ressources humaines et matérielles qui contribuent à la production des services de santé au profit de la population.

Notamment, l’offre de soins est assurée par des établissements de santé publics (les établissements hospitaliers et extrahospitaliers), des structures de soins privées (les cliniques médicales et médicaux chirurgicaux, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques…etc.) et des structures parapublics qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu’elles soient de nature préventive ou curative. Une offre en médicament dans le but de couvrir les besoins des citoyens algériens.

Le financement de l’offre est assuré par trois de fonds :

a-Le budget de l’État,

b-La sécurité sociale,

c- Les ménages.

Leur participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays.

**20.1.Ressources et offres de soin :**

 L’État algérien fournit plusieurs efforts dans le domaine de la santé à travers l’investissement dans l’achat d’équipements de hautes technologies et la formation du corps de santé.

**20.2.Les ressources humaines :**

 Au sein des structures de soins, les personnels peuvent être regroupés en trois catégories :

a- Les praticiens (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes),

b-Personnel paramédical (infirmiers…),

c-Enfin personnel administratif des établissements de soins.

**20.3.L’infrastructure :**

L’offre de soins en Algérie est caractérisée par un secteur public dominant et symboliquement payant, celle-ci est subdivisée en deux catégories d’infrastructures :

a-Infrastructures extrahospitalières : (polyclinique, centre de santé et salles de soins et de consultation leurs missions est la prévention sanitaire et la promotion de la santé),

b-Infrastructures hospitalières (CHU, EHS, hôpitaux et maternités appartenant secteur sanitaire (SS), avec un secteur privé payant, en expansion rapide depuis les années 90.

Ainsi, Le secteur public a pour rôle d’assurer les soins primaires et les urgences, les soins spécialisés et la prévention. Il est réparti à travers tout le territoire national.

Le secteur privé est dans le souci d’équilibre régénionnal, a partir 1989 l’installation des cliniques privées est autorisée, suite à la condition de fonctionnement du secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnement et une forte bureaucratisation « cabinet médicaux privé au nord du pays après 2011 ce secteur compte des milliers…[[22]](#footnote-23)

**20.4.Offre en médicaments et équipement médicaux :**

Le marché algérien est marqué par l’importation de plus en plus accrue du médicament, d’une part, et par un développement timide de la production locale[[23]](#footnote-24), d’autre part.

Le secteur public est financé par l’état a travers la couverture sociale est actuellement gérée par ces caisses nationales : CNR, CASNOS, CNAS… qui sont placés sous la tutelle du ministère du travail et de la sécurité sociale. Donc, la protection sociale est un dispositif chargé d’assurer un individu face au risque financier de soins en cas de maladie et qu’un revenu minimal lorsque l’affection prive la personne de travail.

Il existe certain pays où le système d’assurance maladie est imposé par «  les organisations complémentaire d’assurance maladie » (OCAM), mais peut bénéficier, alors il peut bénéficier d’autre forme de financement par un intermédiaire d’une couverture complémentaire privée : la mutuelle, les assurances privées, et les institutions de prévoyance.

**21.Transition épidémiologique : nouveaux défis :**

Autant dans les années 60, le paysage sanitaire était dominé par les maladies infectieuses, autant en 2011, 26% de la mortalité est dû aux maladies cardiovasculaires et 9,5% au cancer, contrairement à ce qu’on peut penser compte tenu de la médiatisation extraordinaire qu’on est en train de faire autour de ce sujet là. Mais 13,5% des décès sont dus aux affections périnatales, alors qu’ils ne devraient plus exister dans un pays moderne. Les statistiques algériennes montrent bien que nous sommes en pleine transition, et il va falloir encore énormément travailler pour réduire cela.

 Donc, il faut à la fois :

a- Maintenir des programmes de vaccination et d’actions conventionnelles à l’encontre des maladies transmissibles ; développer des programmes de prévention, de diagnostic

b- Et de traitement de pathologies non transmissibles qui sont de plus en plus fréquentes, plus complexes dans leur prise en charge et bien plus couteuses.

Le système de santé algérien s’est construit à la sortie de la colonisation sur la base d’infrastructures au mieux inadaptées, au pire complètement dévastées par la guerre.

A la différence des pays du Nord qui ont pu affronter les effets des transitions démographiques et épidémiologiques dans des temporalités différentes, notre pays se trouve confronté en même temps à ces deux transformations démographique et épidémiologique. Les Européens ont assumé leur transition épidémiologique à peu près au début du XXème siècle et la transition démographique au-delà de la Deuxième Guerre mondiale pendant les trente glorieuses. Nous, nous sommes en plein dedans et en même temps. C’est la raison pour laquelle, et c’est l’une des caractéristiques de l’ensemble des pays du Sud et de l’Algérie en particulier. Nous devons faire face simultanément aux problèmes liés aux maladies du sous-développement, en particulier ceux qui sont liés aux maladies transmissibles et développer parallèlement des programmes de santé destinés à affronter les nouvelles maladies non transmissibles qui sont aujourd’hui en train d’émerger, en particulier le cancer, le diabète, etc. Ce double fardeau induit déjà et va induire de plus en plus chaque année une demande très forte de soins avec des moyens à mettre en œuvre qui sont très largement en-dessous de ce qui est escompté. A mon avis, cet écart entre cette montée des besoins et cette stagnation en matière de moyens est l’un des défis les plus importants que le système de santé algérien va devoir affronter dans les années à venir[[24]](#footnote-25).

**Liste bibliographique :**

-AMAROUCHE. S, Les systèmes de santé dans le monde, faculté de médecine, Constantine, 2017.

-Dr. N. FERMAS, Le système de santé Algérien, cours destiné aux :1eme année médecine, module : santé publique, 2020/2021.

-Dr. BOUYOUCEF-BARR Djamila, La construction du système national de santé, la revue sciences commerciales, Alger, 2007.

-Farid CHAOUI, Le système de sante en Algérie : un enjeu stratégiques, état des lieux, enjeux et perspectives, institut national d’études de stratégie globale, 2015, Alger.

-Faou AL, L’économie de la santé en question, Allemagne, France, Royaume-Unis, États-Unis, Canada, Coll. Sciences humaines en médecine, Paris (France), 2003.

-Obrou Marie Victoire A.D Oyana Ela Cleopatra , Le financement du système de santé en Algérie : apports des usagers, Tizi-Ouzou, 2018.

-[Perrine Balivet](https://www.cairn.info/publications-de-Perrine-Balivet--664371.htm), L’hôpital, acteur central d’une “nouvelle Santé publique” ? Dans [Après-demain](https://www.cairn.info/revue-apres-demain.htm) [2009/4 (N ° 12, NF)](https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009-4.htm).

-Pr Ag S. GUEMACHE, Histoire des hôpitaux de l’antiquité à nos jours, faculté de médecine, Sétif, 2018.

-Zaidi Zoubida, Les systèmes de santé monde et Algérie, Algérie, 2014.

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital-histoire-de-l/1-le-developpement-historique-des-hopitaux/> consulté le 30/04/2021 à 12h30.

EconomieSociété.[http://www.creaddz.org/cinquanteans/Communication\_2012/SNOUSSI\_ZOUATNI.pdf. P6](http://www.creaddz.org/cinquanteans/Communication_2012/SNOUSSI_ZOUATNI.pdf.%20P6), consulté 18/05/2021 à 12h15.

<https://www.cap-concours.fr/sanitaire-et-social/concours-paramedicaux/reviser/l-organisation-du-systeme-de-sante-cc_san_05>, consulté le 22/05/2021 à 21h45.

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9>, consulté le 16/05/2021 à 22h56.

<https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>, consulté le 15/05/2021, à 23h30.

1. Pierre RABARDEL, Nicole CARLIN et autres, op cit, p9. [↑](#footnote-ref-2)
2. Pierre HARICHAUX, Jean Pierre LIBERT, Ergonomie et prévention, des risques, prévention, tome 3, édition Chiron, Paris, 2003, p 170. [↑](#footnote-ref-3)
3. Pierre HARICHAUX, Jean Pierre LIBERT, op cit, p 170. [↑](#footnote-ref-4)
4. [↑](#footnote-ref-5)
5. [↑](#footnote-ref-6)
6. [↑](#footnote-ref-7)
7. Pr Ag S. GUEMACHE, Histoire des hôpitaux de l’antiquité à nos jours, faculté de médecine, Sétif, 2018, p 05. [↑](#footnote-ref-8)
8. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital-histoire-de-l/1-le-developpement-historique-des-hopitaux/> consulté le 30/04/2021 à 12h30. [↑](#footnote-ref-9)
9. [Perrine Balivet](https://www.cairn.info/publications-de-Perrine-Balivet--664371.htm), L’hôpital, acteur central d’une “nouvelle Santé publique” ? Dans [Après-demain](https://www.cairn.info/revue-apres-demain.htm) [2009/4 (N ° 12, NF)](https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009-4.htm), pages 9 à 12.

 [↑](#footnote-ref-10)
10. Opcit, p 05. [↑](#footnote-ref-11)
11. Ibid. [↑](#footnote-ref-12)
12. <https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>, consulté le 15/05/2021, à 23h30. [↑](#footnote-ref-13)
13. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9>, consulté le 16/05/2021 à 22h56. [↑](#footnote-ref-14)
14. <https://www.cap-concours.fr/sanitaire-et-social/concours-paramedicaux/reviser/l-organisation-du-systeme-de-sante-cc_san_05>, consulté le 22/05/2021 à 21h45. [↑](#footnote-ref-15)
15. [Perrine Balivet](https://www.cairn.info/publications-de-Perrine-Balivet--664371.htm), L’hôpital, acteur central d’une “nouvelle Santé publique” ? Dans [Après-demain](https://www.cairn.info/revue-apres-demain.htm) [2009/4 (N ° 12, NF)](https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009-4.htm), pages 9 à 12. [↑](#footnote-ref-16)
16. Dr. BOUYOUCEF-BARR Djamila, La construction du système national de santé, la revue sciences comerciales, Alger, 2007, pages 85, 87, 88, 89. [↑](#footnote-ref-17)
17. Dr. N. FERMAS, Le système de santé Algérien, cours destiné aux :1eme année médecine, module : santé publique, 2020/2021, pages 1, 2, 3. [↑](#footnote-ref-18)
18. Opcit, BOUYOUCEF-Barr Djamila, p 90. [↑](#footnote-ref-19)
19. Faou AL, L’économie de la santé en question, Allemagne, France, Royaume-Unis, États-Unis, Canada, Coll. Sciences humaines en médecine, Paris (France), 2003, p28 . [↑](#footnote-ref-20)
20. Zaidi Zoubida, Les systèmes de santé monde et Algérie, Algérie, 2014, pp 20-22. [↑](#footnote-ref-21)
21. AMAROUCHE. S, Les systemes de santé dans le monde, faculté de médecine, Constantine, 2017, pp 4-5. [↑](#footnote-ref-22)
22. Obrou Marie Victoire A.D Oyana Ela Cleopatra , Le financement du système de santé en Algérie : apports des usagers, Tizi-Ouzou, 2018, pp 28, 29. [↑](#footnote-ref-23)
23. EconomieSociété. In : [http://www.creaddz.org/cinquanteans/Communication\_2012/SNOUSSI\_ZOUATNI.pdf. P6](http://www.creaddz.org/cinquanteans/Communication_2012/SNOUSSI_ZOUATNI.pdf.%20P6), consulté 18/05/2021 à 12h15. [↑](#footnote-ref-24)
24. Farid CHAOUI, Le système de sante en Algérie : un enjeu stratégiques, état des lieux, enjeux et perspectives , institut national d’études de stratégie globale, 2015, Alger, pp, 7, 8, 9. [↑](#footnote-ref-25)