**Les Systèmes de santé**

**I. Introduction**

 Soigner de façon sûre et efficace ne dépend pas que des connaissances, du savoir-faire et des comportements des professionnels qui sont en première ligne, mais aussi de la façon dont ces professionnels coopèrent et communiquent avec leur environnement, lequel n’est habituellement qu’une partie d’une organisation plus grande. C’est pourquoi penser systémique est important pour la sécurité des patients. Un soin de santé est rarement le fait d’une seule personne. En d’autres termes, les patients dépendent d’un grand nombre de personnes qui font la bonne chose au bon moment (<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_3.pdf>).

**Définition de la Santé**

 Selon la Charte de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[[1]](#footnote-1), la santé est « *un état de complet bien être, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité*». Cette définition très extensive représente plus un idéal individuel qu’une norme des politiques publiques en matière de santé **(**<https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>).

C’est pourquoi la santé n’est désormais plus perçue comme un simple capital individuel, mais aussi un bien collectif, qu’il s’agit d’entretenir, de protéger, de sauvegarder.

 Le préambule de la déclaration universelle des droits de l’homme adoptée en 1948[[2]](#footnote-2) a intégré au bloc constitutionnel, le droit à la santé au nombre des droits dont la protection doit être garantie par la Nation.   Le droit à la santé s’est élargit également à la dignité humaine en intégrant les dimensions de bioéthique, le champ d’application de l’IVG, la position face à l’accompagnement de la fin de vie, à l’euthanasie et l’acharnement thérapeutique, … (Gauthé, 2018)

 Un bon système de santé est fondé principalement sur des soins de santé primaires, comme énoncé à Alma-Ata en 1978[[3]](#footnote-3), conçu avec des approches intersectorielles de la santé, en ce sens qu’il permettrait un accès universel aux soins qui assurent une plus large couverture selon les besoins, la production et l’application de programmes de santé avec la participation des partenaires et des échèles communautaire, ceci dans un esprit d’équité et de justice sociale.<https://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>

**II. Les systèmes de santé**

**Qu’entend-on par système ?**

Le terme système sert généralement à décrire la réunion de deux parties ou plus interagissant entre elles ou un groupe interdépendant d’éléments formant un ensemble unifié. Le concept de systèmes est plus connu dans le contexte biologique et organique. Les éléments d’un système sont en état permanent d’échanges d’informations entre eux. Les parties qui interagissant entre elles sont si nombreuses qu’il est difficile, voire impossible, de prévoir les comportements du système sur la simple base de la connaissance de ses composantes individuelles.

**Définition du système de santé** :

 L’OMS conçoit le système de santé comme étant l’ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l’objectif principal est d’améliorer la santé. Il doit fournir des services correspondant aux besoins et financièrement justes et traiter les patients décemment (<https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>.

 Quand on observe un système de santé, on est saisis par la complexité de son organisation ou gravitent de nombreux professionnels de santé avec différentes taches et interdépendants, des patients, les infrastructures et la technologie. Les différentes façons dont les composantes du système interagissent entre elles et la façon dont elles agissent collectivement sont très complexes et variables, régies par des réglementations variables (<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_3.pdf>).

 L’approche systémique demande donc de considérer le système de santé dans son ensemble, avec toute sa complexité et ses interdépendances, en se focalisant non plus sur l’individu mais sur l’organisation.De nombreux services de santé se présentent comme un système (bâtiments, personnes, procédures, bureaux, équipement, téléphones). Néanmoins, si les personnes impliquées ne parviennent pas à appréhender l’objectif commun, le système ne fonctionnera pas de manière unifiée. Ces personnes constituent le ciment qui solidarise et maintient les systèmes debout (<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_3.pdf>).

 D’autre part, le système de santé vise à maintenir et à rétablir la santé de la population entendue aujourd’hui dans un sens beaucoup plus large que l’état de non-maladie. Le système de santé s’étend alors à toutes les dimensions de la vie sociale, quand le système de soins, lui, fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie **(**Teil,2000).

 Pour que les **systèmes de santé** soient adaptés, efficace et efficient, il est nécessaire de considérer toutes les composantes de ce système, que ce soit :

* Les personnels de santé et d’accompagnement;
* Les infrastructures ;
* Les moyens en termes de matériel médical et médicaments,
* La logistique ;
* L’information et la communication qui fonde les décisions et les orientations politiques,
* Le suivi des progrès ;
* Les mécanismes de financement. <https://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>

**Finalité du système de santé**

 La conception de la finalité d’un système de santé est diversement appréhendée par les divers acteurs qui composent le système de santé et secrète les enjeux qui le tiraillent. Il est considéré comme un ensemble de sous-systèmes par le ministère de la santé, celui qui fonde les politiques de santé par les pouvoirs publics ; celui qui accorde le soutien social par les populations locales ; des ressources sanitaires par les clients ; un marché par les consommateurs, les ménages et les fournisseurs de produits et services de santé ; un but lucratif par les prestataires privés; de l’emploi par les agents de santé; de distribution par l’industrie pharmaceutique; un système complexe par les chercheurs et les évaluateurs et un trou noir dans lequel sont investis des financements importants par certains bailleurs d’aide au développement (Savigny. & Adam, 2009)

**La performance d’un système de santé**

 Pour qu’un système de santé soit performant, l’OMS[[4]](#footnote-4), assure qu’il doit offrir des services de qualité à tous, quel que soit le moment et le lieu où ils en ont besoin, Il doit assurer des services qui répondent aux besoins, ou le financièrement est justes et toujours veiller à traiter les gens décemment. C’est-à-dire que les systèmes de santé intègrent un certain nombre de valeurs partagées par les instigateurs du modèle et éventuellement par les bénéficiaires.

 Parmi celles-ci, on peut compter :

La santé vue comme un droit de l’homme ;

Le principe de solidarité ;

L’équité entre les individus ou les groupes ;

La participation de chacun (Hôpitaux universitaire de Genève, 2015).

**III. Les politiques de santé publique**

**1. Introduction**

 La politique de santé est l’un des principaux reflets déterminant le niveau du développement durable, car elle s’inscrit et se fonde sur la démarche générale de développement.

Les dysfonctionnements du système de santé, eux, impactent sensiblement le bien être du citoyen.

La santé n’est pas que la médecine, c’est aussi la vie sociale régie par le binôme offre et demande de soins ; et la maladie en est le critère de désordre ou déviance sociale (BAHLOULI, 2012).

**2. La politique de santé en Algérie**

**Historique :**

 Historiquement le système de santé algérien est passé par trois étapes :

1962-1974 : système hérité du système de santé français.

1974-1988 : représenté par l’introduction de l’accès pour tous aux soins ce qui sera appelé la gratuite des soins ou médecine gratuite.

1989 à ce jour : modèle ou intervient le dirigisme et le libéralisme avec des dynamiques flottantes. (BAHLOULI, 2012)

**3. L’action de l’Etat pour l’organisation du domaine de la santé**

 L’organisation du système de santé repose sur une dyarchie de politiques entre deux acteurs : l’Etat et la sécurité sociale. (Gauthé, 2018).

Le Gouvernement définie la stratégie nationale de santé qui constitue le cadre de la politique de santé et fonde son analyse sur l’état de santé de la population.

Cette stratégievise à répondre aux grands défis que rencontre le système de santé :

* Les risques sanitaires liés à l’exposition aux polluants et aux toxiques ;
* Les risques d’exposition aux risques infectieux ;
* Les maladies chroniques et leurs conséquences ;
* L’adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologies et sociétaux (Gauthé, 2018).

**Le rôle de l’état dans le champ de la santé :**

Un rôle d’organisation et de réglementation de protection de la santé ainsi que le contrôle des professions et des établissements de santé.

Un rôle de législation et de définition des choix de société face aux conséquences du développement scientifique.

Un rôle de veille, de contrôle de sécurité sanitaire.

* Un rôle de maîtrise financière (Gauthé, 2018).

**La responsabilité de l’Etat en matière de santé publique**

* Définir les objectifs et les plans d’action de la politique de santé et procéder à leur évaluation L’accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées (objectif prioritaire de la politique de santé) (Gauthé, 2018).

**Les missions de l’Etat**

Réguler, orienter, organiser l’offre de services en santé,

Évaluer et promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé,

Définir et mettre en œuvre les modes de recours aux soins,

Définir et mettre en œuvre les pratiques des professionnels, en médecine ambulatoire, au niveau des établissements de santé et établissement ou service médico-social.

D’être l’interlocuteur des professionnels de santé (Gauthé, 2018).

**4. Evaluation des besoins de santé**

 Chaque pays recense ses principaux problèmes et facteurs de risque de santé et détermine ses besoins en santé et adopte les actions prioritaires et élabore les programmes de santé publique et de soins et en apprécie les résultats. Cette démarche dynamique se base l’analyse des études recueillies par les systèmes d’informations sur l’état de santé, les facteurs sociaux, les indices économiques, et les aspects culturels, qui ont une incidence sur l’état de santé et les besoins sanitaires des populations et identifiés par les professionnels. Ceci pour assurer des soins efficaces et permettre le principe de l’équité en soins (Rowe, McClelland & Billingham, 2001).

**Quelques priorités des politiques de santé publiques**

C’est produire des normes communes d’hygiène et de sécurité, l’élaboration d’une pharmacopée, la protection de la santé mentale, La lutte contre les dépendances (tabagisme, l’alcoolisme, la toxicomanie, la protection Maternelle et Infantile, la protection de l’Enfance, les greffes d’organes et la bioéthique, la lutte contre le VIH, la préservation de la dignité des malades, la protection contre l’euthanasie et l’acharnement thérapeutique, ... (Gauthé, 2018).

**IV. Régulation des dépenses de santé**

 L’un des rôles centraux de l’état est celui de la maitrise des dépenses de santé. Dans le principe la santé n’est pas un bien comme les autres, C’est un bien dont l’accroissement de la consommation est en soi un progrès, il implique des meilleurs soins de la population, ce qui accroît le bien être individuel et collectif. On a bien coutume de dire que la santé est un bien qui n’a pas de prix mais a un coût (Gauthé, 2018).

**1. Mode de financement du secteur de la santé**

 Le financement du système de santé publique est fonction des efforts consentis au secteur par le gouvernement, et aussi des contraintes qu’affronte le pays pour se donner un système de santé efficient et efficace.

En Algérie la sécurité sociale assure une large couverture sociale aux personnes sans revenus, les maladies chroniques remboursées à 100%, la gratuité des soins, ce qui a explosé la demande en médicament, donc le remboursement des frais des médicaments directement par le dispositif du tiers payant ou indirectement par le remboursement des soins à posteriori. La transition épidémiologique avec les maladies non transmissibles a augmenté les dépenses de soins.

 Jusqu’à l’année 1974 l’état était le seul pourvoyeur des dépenses de santé, il agissait par la tarification à la journée pour aller vite vers le forfait hospitalier qui garantit la possibilité de la maitrise budgétaire.

 Les budgets affectés ne reflètent pas réellement les dynamique et l’activité de l’établissement et déresponsabilise les managers ou les gestionnaires qui se trouvent entrain de dépenser un budget affecté sur les intentions et les prévisions. La maitrise comptable s’appuie principalement sur le plafonnement des budgets (Abbou & Brahamia, 2017).

**2. Les facteurs ayants une incidence sur la santé**

Un certain nombre de facteurs ont une incidence sur la santé :

L’environnement physique des personnes (qualité de l’air et de l’eau de boisson;

L’environnement social (niveau de soutien social et affectif offert par l’entourage) ;

La pauvreté, facteur important dans le monde entier, qui écourte la durée de vie et restreint la faculté d’en profiter pleinement ;

Le comportement et le mode de vie (attitudes addictives avec leurs incidences sur la santé) ;

Les caractéristiques génétiques familiales et celles liées à la biologie de chacun (Rowe, McClelland & Billingham, 2001).

**3. Les facteurs influents sur la croissance des dépenses de santé**

Les facteurs qui augmentent considérablement les dépenses de santé sont :

Le progrès médical et scientifique qui offre des avancées majeures et bénéfiques (les greffes, les thérapies géniques, …).

Le développement économique (augmentation du pouvoir d’achat des ménages).

L’offre de soins développée et performante et la liberté d’accès à cette offre.

Les facteurs socio-culturels (attitude de besoin à accéder à toujours plus de santé, baisse du seuil d’acceptation de la douleur, médicalisation de problèmes sociaux ou psychologiques, le vieillissement de la population, …).

**4. La stratégie de régulation des dépenses de santé**

La régulation est mixte administrée et libérale. La régulation des dépenses de santé agit sur les principaux postes qui composent la répartition des dépenses : l’hôpital, les soins de ville, Transport des malades, Autres biens médicaux (optique, prothèses.) et les médicaments.

Les outils de maitrise comptables sont fondamentalement les logiques de maîtrise et de rationalisation des dépenses de santé, s’appuie sur un ensemble de mode de régulation par lesquels l’État gère et contrôle le système de santé en l’occurrence :

Le plafonnement des budgets ou la maîtrise comptable.

Le mécanisme de régulation par l’arbitrage médical entre les soins nécessaires et ceux jugés plus efficaces c’est la maîtrise médicalisée

Et enfin la maitrise par les lois du marché c’est la maîtrise par le marché (Abbou & Brahamia, 2017).

**a. planification et maitrise de l’offre**

Il existe une hypothèse théorique de la demande induite (Rochaix & Jacobzone, cités par Abbou & Brahamia, 2017), qui énonce que le fondement selon lequel l’offre de soins crée sa propre demande ou l’offre induite. Les pouvoirs publics mettent donc en place des mécanismes de planification et d’encadrement de l’évolution de l’offre, dans le but de contrôler *l’évolution des infrastructures et de la logistique, et les personnels*.

**- La Carte sanitaire**

 *L’Algérie se base sur la planification et de la rationalisation de ses dépenses de santé, par le biais de la carte sanitaire par la régulation du tissu hospitalier et les structures de proximité.* La carte sanitaire est, dans ce cas, l’un des outils de planification destiné à la maîtrise de l’offre des soins hospitaliers et de base.Il s’agit de considérer autant que possible les besoins de santé des habitants, mais aussi de rationaliser l’offre des soins. En 1981, L’Algérie a mis en place la première carte sanitaire et l’a réformé en 2007. La carte sanitaire c’est un découpage du territoire national en treize régions sanitaires, englobant chacune un certain nombre de wilayas. La loi 07/140, en vigueur en Algérie depuis 2007, a permis de restructurer le réseau public des soins hospitaliers, en abandonnant l’ancienne configuration composée de 185 Secteurs Sanitaires, et en instaurant une nouvelle, comportant 189 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et 273 Etablissements Publics de Soins de Proximité (EPSP) (Abbou & Brahamia, 2017).

**- L’organisation de l’accès aux soins**

 Les pouvoirs publics utilisent aussi le moyen de la hiérarchisation du système de soins pour rationaliser l’offre de soins.

En Algérie, la hiérarchisation du système de soins est classée en quatre (4) niveaux :

Établissements classés au niveau (A) relatif aux soins hautement spécialisés.

Établissements relevant du niveau (B), on y dispense des soins spécialisés pour des pathologies qui ne nécessitent pas forcement le recours aux hôpitaux relevant de la classe (A)

Centres de santé et polycliniques, le niveau (C) concerne, quant à lui, les soins généraux, et le niveau (D), les actions de prévention et les soins de premier recours.

 Cette démarche met en évidence la volonté de décentralisation des soins en vue de prendre en charge la nouvelle demande issue de la transition sanitaire encours, caractérisée par le poids grandissant des maladies non transmissibles, chroniques, dégénératives, etc. (Abbou & Brahamia, 2017).

**- Le Numerus clausus**

Le premier levier est l’action sur la démographie médicale, avec l’idée qu’une diminution de l’offre entraînera une diminution des dépenses : en France depuis 1971 il a été instauré un numérus clausus (restriction de l’accès aux études de médecine)pour l’accès en 2ème année de médecine, en odontologie, en pharmacie, et les sages-femmes. En 1984, il a été décidé d’introduire une régulation des spécialités. Ce qui a engendré les déserts médicaux et la pénurie de personnels dans certains secteurs de la médecine comme la médecine scolaire, la médecine du travail, la prévention, le secteur hospitalier (Gauthé, 2018).

**b. Maitrise de la demande**

**- La maîtrise de la demande de soins**

A partir des années 1990, sur orientations de la Banque Mondiale, l’Algérie a engagé des réformes pour introduire, de mesures de recouvrement des coûts qui visent l’instauration d’outils de maîtrise des dépenses de santé qui portaient sur la demande. D’autre part elle a mené des actions de responsabilisation financière des usagers pour limiter les dépenses, en leur faisant supporter une part des dépenses et des praticiens en tendant à modifier leurs comportements (Abbou & Brahamia, 2017).

*L’action publique* **pour la maîtrise de la demande de soins** *porte essentiellement sur la baisse du coût et des volumes des médicaments remboursables et la taxation des activités.*

**- La maitrise médicalisée des dépenses[[5]](#footnote-5)**

La de l’accès aux soins traduit la volonté d’introduire au moins partiellement une régulation par les prix sur la demande de santé ; l’augmentation du reste à charge des ménages doit amener ceux-ci à restreindre leur consommation. (Réforme Douste- Blazy). (Gauthé, 2018)

**Le ticket modérateur** **:** appliqué en Algérie en 1995, suite aux dispositions de l’arrêté ministériel du 07 janvier 1995, qui a prévu une contribution des usagers aux frais des soins de santé.

**Une franchise pour les actes médicaux :** Les consultations auprès d’un spécialiste ou d’un généraliste, exerçant près un établissement public de santé, sont devenues payantes. L’usager s’acquitte de 100 DA pour le premier et de 50 DA pour le second. Les usagers prennent en charge une partie des dépenses non remboursables par la sécurité sociale qi est de 20%. Pour cause, la non actualisation des tarifs de la nomenclature des actes professionnels de santé depuis 1987, en réalité en médecine libérale applique des tarifs qui s’écartent considérablement de ceux arrêtés par la sécurité sociale.

**Plafonnement des dépenses aux usagers :** L’Algérie a plafonné le remboursement des ordonnances à 3000 DA et à 02 ordonnances par trimestre, pour un traitement aigus semblables et le conventionnement avec les médecins spécialistes et généralistes.

**Le tarif de référence :** c’est l’alignement des prix des médicaments princeps sur ceux du générique le moins cher, disponible sur le marché. Ce mécanisme a été instauré en Algérie en 1995. Son entrée en vigueur n’a débuté qu’en avril 2006. Avant ces dates, tous les médicaments prescrits sur ordonnance étaient remboursés par la sécurité sociale sur la base de leur prix réel.

**Le déremboursement :** un critère relatif aux vertus thérapeutiques des médicaments. Il distingue les médicaments remboursables de ceux qui ne le sont pas. Ces efforts de maîtrise de la demande portent dans cette perspective sur l’exclusion de la prise en charge de spécialités de médicament selon le service médical rendu (SMR), non avéré, et aux traitements non classés comme soins de santé (Abbou & Brahamia, 2017).

**Le forfait hospitalier :** est la participation de l'assuré aux frais d'entretien et d'hébergement pour toute hospitalisation de plus de 24 heures (Gauthé, 2018).

**- Responsabilisation des acteurs de la santé**

Responsabilisation des patients par la création d’un DMP, dossier médical personnel informatisé dans le but de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins ; ce dossier se met en place progressivement mais il n’est pas pour le moment obligatoire (Gauthé, 2018).

Responsabilisation des praticiens compte tenu de la qualité de gros prescripteurs des médecins, ce qui objective le renforcement du contrôle des prescriptions d’arrêts de travail, inciter les praticiens à prescrire moins et mieux, dispositions pas toujours bien acceptées par le corps médical. Instaurer le parcours de soins du patient et la coordination médecine de ville, hôpital et secteur médico-social.

Responsabilisation des organismes des complémentaires Santé en leur interdisant, sur la base de contrats responsables, de prendre en charge les relèvements pénalisants du ticket modérateur, les franchises médicales, en mettant en jeux la suppression des avantages fiscaux et leur taxation (Gauthé, 2018).

**c. La maitrise par le marché :**

Abbou & Brahamia (2017), nous apprennent que le passage vers l’économie de marché pendant les années 1990 a donné naissance à un cadre juridique qui a permis l’ouverture du secteur de la santé à l’investissement privé et la levée progressive des obstacles liés à l’autorisation d’ouverture de cliniques privées. La stratégie de départ s’est axée sur la mise en concurrence entre offreur de soins et assureurs pour aboutir à des soins de qualité avec une maitrise des couts. Cependant le secteur privé est guidé par une logique lucrative, ce qui a engendré une croissance des dépenses liées aux soins ambulatoires et crée une dualité avec le secteur public au lieu de devenir complémentaires.

**V. Transformation des systèmes de santé**

**1. Les axes de régulation du système de santé**

 L’allongement de la durée de vie et le développement des maladies chroniques changent les besoins des patients, avec souvent l’intervention de différents professionnels de santé. L’organisation du système de santé, trop cloisonnée et complexe, n’est plus adaptée pour relever les défis, c’est pourquoi il est exigé une modernisation de ce système.

 En France, Agnès Buzyn a présenté en 2018, un Plan Santé alternatif au système en cours depuis 1958, centré sur le curatif et sur l'hôpital. Ce plan vise justement à une réorganisation du système de santé, par le décloisonnement de la médecine de ville et de l’hôpital et en améliorant l'accès aux soins, très inégalement réparti sur le territoire où certains manquent de médecins avec une refonte du système de financement (Santé publique France, 2018).

 Gauthé (2018), situe la réforme structurelle du système de santé dans le renforcement de la prévention et la promotion de la santé, la facilitation au quotidien des parcours de santé ( organiser les soins autour des patients, renforcer l’information), l’innovation pour garantir la pérennité du système de santé, le renforcement de l’efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire (les droits des patients), des mesures favorisant la régulation des dépenses de santé (renforcement du rôle pivot du médecin traitant, généralisation du tiers payant, stabilisation de la part des dépenses de santé prises en charge par l’assurance maladie, et la relance du dossier médical personnalisé). Pour elle, la régulation intègre aussi des préoccupations plus structurelles comme l’égal accès aux soins, la notion de parcours déjà expérimentée pour les personnes âgées, le développement de la prévention pour agir en amont sur l’engagement de dépenses de santé par les individus.

**2. La transformation du système de santé par l’innovation numérique en santé**

L’instauration de la numération dans la santé est soutenue par les politiques publiques. Cette transformation induira de nouveaux usages pour les patients comme pour les professionnels. En même temps son développement constitue de nombreux enjeux tant organisationnels, socio-territoriaux (équité sociales et territoriales) qu’éthique **(**partage de données sensibles entre des professionnels et repousser les frontières des responsabilités des professionnels) (Fourneyron, Wittwer, Salmi, & Groupe de recherche Eva TSN, 2018).

**Sources bibliographiques**

ABBOU, Y., BRAHAMIA, B. (2017). Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. Insaniyat N° S 75-76, p. 149-171.

Addressing health needs of the population, (2015). Le(s) système (s) de santé, Immersion en Communauté. Division of tropical and humanitarian medicine – Department of community medicine and primary care; Hôpitaux universitaire de Genève.

BAHLOULI, A.S., (2012). La politique de santé en Algérie - le cas de la wilaya d’Oran ; Mémoire présenté en vue de l’obtention du titre de magistère en sciences politiques et relations internationales, Université d’Oran.

Comprendre l’organisation des systèmes et l’effet de la complexité sur les soins en santé, Partie B : Module 3.

Repéré à : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_3.pdf>, Consulté le 25/01/2021.

Conférence internationale sur les soins de santé primaires Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires

# Repéré à : <https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/>, le 29/01/2021

# Contrat d’objectifs et de performance pour 2018-2022 de Santé publique France. Santé publique France.

# Repéré à : https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2018/la-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-agnes-buzyn-signe-le-contrat-d-objectifs-et-de-performance-pour-2018-2022-de-sante-publique-france

Fourneyron, E., Wittwer,J., Salmi,L.R., & Groupe de recherche Eva TSN, (2018). Réalités et défis pour l’organisation du système de santé de premier recours. Med Sci (Paris), Volume 34, Number 6-7, Numérique et santé

Page(s): 581 – 586. DOI : https://doi.org/10.1051/medsci/20183406000

Gauthé, C., (2018). Les politiques de santé publique. CNFPT.

 Repéré à : <https://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/bin/view/vitrine/Les%20fiches%20de%20connaissances%20de%20la%20fili%C3%A8res%20sociale%20%28cat.%20A%20et%20B%29/Les%20politiques%20de%20sant%C3%A9%20publique/>, consulté le 07/01/2021.

OMS. À propos des systèmes de santé.

Repéré à : <https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>, consulté le 17/01/2021

OMS. Conférence internationale sur les soins de santé primaires

Repéré à : <https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/>, le 29/01/2021.

OMS. Constitution de l’OMS, (2006).

Repéré à : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution> , consulté le 21/01/2021.

OMS. Les systèmes de santé. UE Santé publique.

Repéré à <https://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>, consulté le 17/01/2021.

OMS. Systèmes de santé: domaines d'activités.

Repéré à : <https://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>, consulté le 22/01/2021.

Rowe, A., McClelland. A., Kate Billingham, K., (2001). L’évaluation des besoins sanitaires au niveau local : Guide destiné aux infirmières de famille en Europe. Institute of General Practice and Primary Care, University of Sheffield (Royaume-Uni). ISBN 92 890 1072 X.

Savigny, D., Adam,T., (2009). Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et Organisation mondiale de la Santé. ISBN 978 92 4 256389 4.

Teil, A., (2000). Organisation, décision et financement du système de soins. Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS, adsp n° 33 décembre 2000, Pp 26-27.

1. Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, quarante-cinquième édition, octobre 2006 [↑](#footnote-ref-1)
2. ### Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948, par 58 États Membres qui constituaient alors l’Assemblée générale à Paris au Palais de Chaillot ([résolution 217 A (III)](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/217(III))).

 [↑](#footnote-ref-2)
3. # Conférence internationale sur les soins de santé primaires Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires

Repéré à : <https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/>, le 29/01/2021 [↑](#footnote-ref-3)
4. L’OMS exerce de nombreux services d’intérêt mondial, assistance technique, formation ; elle définit des programmes (éradication de la variole) ; anime une recherche abondante, définit des standards ou normes internationales (vaccins, les eaux de boisson, les additifs alimentaires) ; exerce une surveillance épidémiologique sur certaines maladies, (grippe, typhus, poliomyélite) et définit l’organisation sanitaire dont doivent disposer les ports et aéroports (Gauthé, 2018). [↑](#footnote-ref-4)
5. C’est Alain Juppé qui en en 1993 en France a injecté ce concept de maitrise médicalisée des dépenses en préconisant des références médicales opposables en termes de bonnes pratiques pour lutter contre le gaspillage et les actes dispendieux et les pratiques médicales inutiles, dispendieuses et dangereuses. *(*Majoni d’Intignano, citée par Gauthé, 2018*).* [↑](#footnote-ref-5)