**Les systèmes des soins**

 Fondamentalement une politique de santé se définie comme un ensemble de mesures, cohérentes entre elles, qui a pour objectifs la réduction des affections pathologiques. Ces mesures étant généralement de type sanitaire, mais pas seulement, même si l’efficacité du système de santé est appréciée sur l’aspect sanitaire, en termes de vies épargnées sans séquelles, de réduction de la mortalité infantile, maternelle, de baisse de la morbidité infectieuse et non infectieuse et de sa capacité à s'adapter et à s’améliorer. Les objectifs d'une politique de santé dans une société traduisent les préoccupations des groupes sociaux qui la forment, c’est donc la tangente de l'interaction des rapports de force des groupes sociaux en action (Oufriha, 1988).

**Définition des soins**

Au niveau individuel, ce sont les soins proprement dit ou nursing, les actes diagnostics, de prescriptions et d’interventions réalisés par le corps soignant. On distingue le soin direct au patient et le soin indirect en termes d’organisation du soin par la prise de rendez vous, l’accueil,...

Au niveau global, c’est l’ensemble de tous les actes réalisés pour prendre en charge une demande liée à une maladie perçue qu’elle soit une altération organique et/ou fonctionnelle (Brémond, Claveranne & Teil, 2000).

D’après (Le Dictionnaire Le Robert, cité par Brémond, Claveranne & Teil, 2000), la définition d’un système de Soin c’est l’ensemble des actes et pratiques par lesquels on conserve ou rétablit la santé.

**Définition du système de soins**

 Le système de soins est un ensemble d’éléments organisés (services, entités,...), de pratiques coordonnées et prestations fournies à la population, dans le but d'améliorer sa santé. Il en résulte des interactions entre les entités et les flux[[1]](#footnote-1) monétaires, de personnes et d’information.

 Le système de soins est l'un des sous-systèmes du système de santé[[2]](#footnote-2), qui contribue, aux côtés des autres sous-systèmes, au niveau de santé d'une population.

 Le système de soins prend donc en charge les maladies qu’elles soient l’altération organique et/ou fonctionnelle par contre le système de santé, lui, vise à maintenir et rétablir la santé de la population dans son acception la plus large que l’état de non-maladie (Brémond, Claveranne & Teil, 2000).

**Quelle conception du système de soins ?**

Le système de soins ne doit pas être pensé comme une entité qui dissocie l’acte technique de l’hébergement et du nursing, ou comme une entité bornée. Au contraire il doit se concevoir comme un système avec des frontières mobiles qui s’adapte selon les besoins. Le système de soins doit s’articuler harmonieusement avec les autres systèmes, comme un vaste réseau dans l’acception la plus large de ce vocable, se déployer hors les murs, présent dans chaque composante de la vie sociale et un système de soins continu et omniprésent « un système dont, telle la sphère de Pascal, le centre est partout et la circonférence nulle part » (Brémond, Claveranne & Teil, 2000).

**Les principaux acteurs du système de soins**

L’organisation d'un système de soins se compose de :

Demandeur de soins: population, entreprises, salariés et travailleurs indépendants.

D’offreur de soins: médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, hôpitaux.

Des tiers-financeur: assurance-maladie, assurances privées, mutuelles, Etat, administrations locales.

L’Etat et les pouvoirs publics : définit les normes et règles du jeu, le cadre règlementaire d'exercice, la régulation générale du système etc... (Guillemin, F., Kohler, F., Lejeune, C., Monnet, E., Quantin, C. & Tabutiaux, A., 2009).

**L’offre de soins**

On distingue deux niveaux de soins :

Les soins primaires ou de première ligne, qui sont les consultations, les visites de médecine générale, l’accueil d'urgence à l'hôpital; ils répondant à une demande directe aux besoins de la population.

Les soins secondaires sont les soins de spécialités, les prescriptions d'examens complémentaires et de médicaments, les hospitalisations programmées,… ils font suite aux demandes des professionnels de première ligne (Guillemin, F., Kohler, F., Lejeune, C., Monnet, E., Quantin, C. & Tabutiaux, A., 2009).

**Missions du système de soins**

Le système de soins identifie les besoins de santé de la population, le choix des actions prioritaires, et les traduit en politiques de santé adaptées aux besoins (distribution de soins préventifs et curatifs, individuels et collectifs, programmes d'actions de santé, programmes de recherche... (Guillemin, F., Kohler, F., Lejeune, C., Monnet, E., Quantin, C. & Tabutiaux, A., 2009).

## Objectifs et qualités d'un système de soins

Le système de soins, pour atteindre ses objectifs et optimiser ses qualités, il doit rechercher :

L'accessibilité financière et géographique

L'efficacité technique et l’efficience économique

La globalité et la pérennité des soins

L'acceptabilité par les usagers, les professionnels de santé et les financeurs

La souplesse, c'est à dire la capacité à s'adapter rapidement en cas d'émergence de nouveaux besoins, et à se redéployer lorsque les services ne sont plus pertinents.

La possibilité d'être planifiable et évaluable (Guillemin, F., Kohler, F., Lejeune, C., Monnet, E., Quantin, C. & Tabutiaux, A., 2009).

**Principaux systèmes de santé dans le monde**

**Système libéral**

On retrouve ce système aux Etats Unis, la Suisse,… C’est l’assurance maladie privée ou publique qui couvre la majorité des dépenses de santé. Chaque employé cotise à l’assurance privée à titre individuel ou par l‘intermédiaire des employeurs, selon ses moyens ; les lois du marché déterminent le montant des primes. Il existe aussi des programmes publics d’assurances sociales Medicaid (pauvres) et Medicare (taxes obligatoire sur salaire, qui prend en charge les dépenses de santé des sujets âgées, handicapes, insuffisant rénaux,... Les producteurs de soins sont pour la plus part privé d’où une croissance rapide des dépenses et une forte inégalité d’accès aux soins.

**Système National**

Créé en 1948 par Beveridge, ce système est opérant au Royaume-Uni, la couverture de sécurité sociale est universelle et un accès gratuit mais règlementé, centralisé et bureaucratique de l’offre de soins. Les établissements hospitaliers sont tous nationalisés et leurs praticiens sont des salariés.

**Le système mixte**

C’est le cas de l’Algérie, la France,…ou c’est la combinaison des principes précédents à savoir l’universalité de la couverture et la médecine libérale. Son financement est dominé par les cotisations sociales et une forte contribution des ménages (fmed.univ-tlemcen.dz › ressources › scolimed\_159).

**Le système de soins en Algérie**

Il s’agit d’un système hybride ou le secteur public et parapublique prépondérants, cohabitent avec le secteur privé et le secteur libéral privé, en pleine ascension.

## Le secteur public concentre l'essentiel des ressources matérielles et humaines, en termes d’installations lourdes, ouvert à toute la population sans critères précis, sans mécanismes de sélection ni hiérarchisation des problèmes, sans objectifs précis de santé et de plus, animé par des médecins formés dans une insouciance complète des coûts, le tout dans un climat de déresponsabilisation générale.

Le secteur privé pratique essentiellement des soins ambulatoires, il comble une raréfaction de l'offre publique de soins.

Le secteur privé libéral, ou l'accès se fait moyennant paiement d'honoraires donnant droit à remboursement de la part de la Sécurité Sociale, pour ceux qui y sont affiliés.

Le secteur parapublic, une induction du secteur public

Pour parer aux insuffisances du secteur public inaccessible et au secteur privé onéreux, les salariés du secteur public des plus grosses sociétés, mais aussi de certaines administrations, vont tendre à se doter d'unités de soins distinctes de celles du secteur public. Cette tendance va s’étendre aux Caisses de Sécurité Sociale. On observe ici une sous utilisation manifeste des capacités de soins (Oufriha, 1988).

**Soins à l’étranger**

Une fraction de la population des décideurs et leurs proches, va bénéficier d’envois pour soins à l'étranger au moment où le nombre de médecins et en particulier de spécialistes s'accroît, au moment où l'équipement des hôpitaux, en termes de plateaux techniques, s'élargit ; ces envois s'amplifient et prennent l'aspect d'une véritable filière de soins pour les catégories de soins les plus lourdes et les plus onéreuses, même quand les possibilités de guérison sont très restreintes ou lorsque les chances de décès en cours de transport sont très élevées (Oufriha, 1988).

**Articulation des secteurs de santé**

Le système de soins qui résulte du fonctionnement spécifique de chaque secteur, s'articule maladroitement avec les autres secteurs, en ce sens que chaque secteur est doué globalement d'une faible efficacité sanitaire interne et semble ne plus satisfaire aucune des parties en présence. Son efficacité externe est malheureusement autant restreinte. (Oufriha, 1988).

**L’accès aux soins**

L’accès aux soins pour les usagers se réalise par deux conditions majeures : la proximité géographique[[3]](#footnote-3) des professionnels de santé, et la possibilité de les consulter à des tarifs abordables. L’accessibilité aux soins selon Picheral, citée par Nonnotte, (2017) est la capacité matérielle[[4]](#footnote-4) d’accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé.

En Algérie, l’accès aux soins fait émerger deux catégories de population distinctes : celles disposant de peu de ressources financières et de beaucoup de temps pour affronter les files d'attente, c'est à dire essentiellement des femmes non salarié des catégories sociales les plus défavorisées et celles disposant d'un réseau étendu de relations, au niveau du corps médical et paramédical, mais aussi aux responsables administratif. Cet accès se focalise surtout sur les hospitalisations et les soins sophistiqués non disponibles par ailleurs (Oufriha, 1988).

**Les freins à l’accès aux soins**

**La Précarité**

Les facteurs qui génèrent chez personnes précaires un renoncement ou une absence de recours aux aides et aux soins sont les  difficultés liées aux raisons économiques (nécessité d’avancer les frais et le coût des soins); les problèmes de compréhension compliquent l’entrée et/ou le maintien dans des démarches compliquées et complexifiées d’accès aux aides et aux soins ; le sentiment de dévalorisation engendré par le traitement par les professionnels de santé (refus de soins, délais de rendez-vous volontairement longs, remarques sur le suivi du traitement lors des consultations…) (Nonnotte, 2017).

**Importance de la protection sociale dans l’accès aux soins[[5]](#footnote-5)**

Dans les systèmes de santé ou le financement et la gestion de la santé reposent essentiellement sur la solidarité nationale, la couverture sociale lève et supprime les barrières économiques et participe à la réduction des inégalités de santé. La protection par l’assurance maladie de la Sécurité sociale est devenue progressivement universelle en couvrant tous les individus. Toutefois, elle ne prend pas systématiquement en charge la totalité des frais de soins (Nonnotte, 2017). Cette couverture est indépendante du montant des cotisations versées par chaque assuré(e). Chacun cotise en fonction de ses revenus, et reçoit en fonction de ses besoins (Berneau, citée par Nonnotte, 2017).

**L’assurance maladie complémentaire**

L’assurance maladie complémentaire reste donc nécessaire pour couvrir tout ou partie du reste à charge du patient. Son absence est la première cause de renoncement aux soins (Dreyfus, citée par Nonnotte, 2017).

**Les limites du système de soins**

Les acteurs du système de soins se représentent le patient comme un individu qui subit et les disciplines médicales morcelée selon les pathologies et selon la nature sanitaire ou sociale ; ils imaginent difficilement les ponts entre les divers constituants[[6]](#footnote-6) du système de soins. Les flux de personnes font face aux contraintes d’accessibilités, le compartimentage scinde les entités, les flux monétaires n’obéissent pas à des pertinences et des cohérences globales et les flux d’information sont inexistants ou erronés. Le cloisonnement ville-hôpital, cloisonnement public-privé, cloisonnement court, moyen et long séjours vide le système de son sens systémique et les entités n’interagissent entre elles que si elles étaient contraintes. Il en résulte un système lâche et fragile qui n’intègre pas les finalités locales aux finalités globales et qui n’inscrit pas les finalités du système de soins dans celui du système de santé. C’est comme cela qu’on abouti à des inégalités de santé entre régions en distribuant inégalement les ressources entre régions (Brémond, Claveranne & Teil, 2000).

**Références bibliographiques**

Brémond,M., Claveranne, J.P. & Teil, A.,(2000). Organisation, décision et financement du système de soins. Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS, ADSP N° 33.

Guillemin, F., Kohler, F., Lejeune, C., Monnet, E., Quantin, C. & Tabutiaux, A., (2009). Analyse comparative des systèmes de santé. Aunege, Version 1.1, Novembre 2009.

<http://ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/co/Module_Tout_4.html> ; consulté le 05/02/2021

L'organisation du système de soins, monde et en Algérie. fmed.univ-tlemcen.dz › ressources › scolimed\_159 ; PDF, consulté le 01/02/2021.

Nonnotte, A.C., (2017). Accès aux soins et réduction des inégalités. Système de soins, Tome 2 des Fiches d’activités – Sciences et techniques sanitaires et sociales – Tale ST2S – Sous la direction d’Evelyne Bersier.

<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/concours-paramedicaux/systeme-de-soins>, consulté le 17/01/2021.

OUFRIHA, F. Z., (1988). Essai sur le système de soins en Algérie. Cahiers du CREAD n°13, pages 6075.

***Annexe 1***

# Le système de protection sociale

La Sécurité sociale garantit et assure un ensemble de droits face aux risques sociaux : maladie, incapacité, chômage, vieillesse. On distingue classiquement trois grands modèles de protection sociale

Le système Bismarkien, régimes obligatoires d'assurance sociale, se fonde sur une affiliation professionnelle. Il compense la perte de revenu liée à la réalisation d'un risque social : maladie, accident du travail, invalidité ou vieillesse. Ces assurances sociales, qui sont destinées à protéger les travailleurs, sont obligatoires. Les cotisations sont proportionnelles au salaire, partagées entre salariés et employeurs.

Le système Beveridgien se veut être un système généralisé et uniformisé de prestations sociales, financé par des contributions forfaitaires et délivrant des prestations forfaitaires. Il s'agit donc d'un système universel de protection sociale non lié à l'emploi. Ici les citoyens versent tous un même montant quel que soit le risque réalisé. Le système Béveridgien vise la règle des 3 U : universalité, unité, uniformité.

Le système d'inspiration libérale, implanté aux Etats Unis, sans obligation d'assurance. Il s'agit en fait d'un système mixte, qui combine l'assurance privée volontaire, des mesures d'assistance destinées aux familles défavorisées sous un plafond de ressources (programme Medicaid, financé par l'impôt, géré par les Etats, un système d'assurance-maladie obligatoire de type bismarkien (programme Medicare financé par des cotisations sociales versées par les entreprises et leurs salariés,. Les bénéficiaires des programmes publics représentent environ 10% de la population et on estime à 15% la proportion des américains dépourvus de toute assurance (soit environ 43 millions de personnes) (Guillemin, F., Kohler, F., Lejeune, C., Monnet, E., Quantin, C. & Tabutiaux, A., 2009).

1. Les flux monétaires : honoraire, salaire, capitation, cotisations, prime d'assurance, impôt, remboursement, dotation globale...)

Les flux de personnes : libre choix, choix réglementé...

Les flux d'informations : besoins de santé, niveau d'activités, normes techniques, cadre règlementaire ... (Guillemin, F., Kohler, F., Lejeune, C., Monnet, E., Quantin, C. & Tabutiaux, A., 2009). [↑](#footnote-ref-1)
2. Pour [l'OMS](http://ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/AnaComSysSan/res/OMS_systeme_sante.pdf), le système de santé correspond à la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires [↑](#footnote-ref-2)
3. La libre installation des médecins sur le territoire est en effet à l’origine de l’émergence de véritables déserts médicaux, dans certaines régions rurales comme en périphérie de grandes villes (Nonnotte, 2017). [↑](#footnote-ref-3)
4. La capacité matérielle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale :

Matérielle : fonction du couple distance/temps, donc de la proximité ou de l’éloignement du cabinet médical, de l’établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer »;

Sociale : possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion) (Nonnotte, 2017). [↑](#footnote-ref-4)
5. Voir Annexe 1 [↑](#footnote-ref-5)
6. Les entités qui constituent ce système de l’offre de soins, sont la médecine de ville, le médicosocial et l’hospitalisation publique et privée. [↑](#footnote-ref-6)