|  |  |
| --- | --- |
| **Question** | **Réponse de référence** |
| **Question N° 1*** Le système de santé n’a de sens que par sa finalité, pour cela il se donne un ensemble de missions ; abordez ces dimensions et donnez les priorités que se fixe le système de santé en Algérie.
* Qu’elles sont les axes sur lesquels, le système de santé national, se base pour planifier son offre de soin et maitriser son financement ? **/07points**
 | **Les Systèmes de santé**Un bon système de santé est fondé principalement sur des soins de santé primaires, comme énoncé à Alma-Ata en 1978 ;il est 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 **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 Le système de santé : 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 **La Finalité du système de santé** est diversement appréhendée par les divers acteurs qui composent le système de santé. Il est un ensemble de sous-systèmes qui fonde les politiques de santé par les pouvoirs publics ; c’est un soutien social par les populations locales ; c’est des ressources sanitaires par les clients ; c’est 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; d’activité économique par l’industrie pharmaceutique; un domaine de recherche pour la science et les évaluateurs et en fin un trou noir dans lequel sont investis des financements importants par certains bailleurs d’aide au développement. **/ 1.5****Les missions de l’Etat** ont pour objectifs : Réguler, orienter, organiser l’offre de soins ; 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.**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. *Le Gouvernement définie la stratégie nationale de santé pour répondre aux défis suivant : 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.**L’état joue donc 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.* ***/1.5*****Les 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, .... **/1****Les axes de Régulation des dépenses de santé** L’un des rôles centraux de l’état est celui de la maitrise des dépenses de santé. 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, et 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.***Les facteurs ayants une incidence sur la santé*** *L’environnement physique des personnes, l’environnement social, la pauvreté; 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.****Les facteurs influents sur la croissance des dépenses de santé*** *Le progrès médical et scientifique, le développement économique, 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, …).***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 :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 médicaliséeEt enfin la maitrise par les lois du marché c’est la maîtrise par le marché.**1. Planification et maitrise de l’offre**Il existe une hypothèse théorique de la demande induite, 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*. **Par La Carte sanitaire**: *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.*).**Par L’organisation de l’accès aux soins**: la hiérarchisation du système de soins pour rationaliser l’offre de soins.**Par Le Numerus clausus****2. Maitrise de la demande****Par la maîtrise de la demande de soins***: baisse du coût et des volumes des médicaments remboursables et la taxation des activités.*A partir des années 1990, sur orientations de la Banque Mondiale, l’Algérie a engagé des réformes pour introduire, des 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.**Par La maitrise médicalisée des dépenses** L’accès aux soins se traduit partiellement par une régulation des prix sur la demande de santé ; l’augmentation du reste à charge des ménages.Le ticket modérateur ; Une franchise pour les actes médicaux ; Plafonnement des dépenses aux usagers ;  Le tarif de référence ; Le déremboursement ;  Le forfait hospitalier**Par Responsabilisation des acteurs de la santé**Responsabilisation des patients : création d’un dossier médical personnel informatisé ;Responsabilisation des praticiens gros prescripteurs, contrôle des prescriptions et des arrêts de travail. **La maitrise par le marché :** 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. **/3** |
| **Question N° 2*** Le cloisonnement du système de soins produit des conséquences négatives, pouvez vous nous révéler ces diverses conséquences ?

 * Quels publics sont le plus impactés, et quelles stratégies pourriez-vous proposer pour améliorer son efficacité et son efficience ? **/06 points**
 | **Rappels****Les systèmes des 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 monétaires, de personnes et d’information. Le système de soins est l'un des sous-systèmes du système de santé, 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.**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**. /0.25****Conception du système de soins** Le système de soins est une entité qui ne dissocie pas l’acte technique de l’hébergement et du nursing, il n’est donc pas une entité bornée. Au contraire il doit se concevoir comme un système avec des frontières mobiles qui s’adapte selon les besoins. 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. **/0.25****Les 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 (distribution de soins préventifs et curatifs, individuels et collectifs, programmes d'actions de santé, programmes de recherche... **/0.5****Les principaux acteurs du système de soins**Ce sont les Demandeur de soins (population, entreprises, salariés et travailleurs indépendants) ; les offreur de soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux) ; les 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) ;... **/0.25** **Les limites du système de soins, le cloisonnement du système de soins**Le système de soins résulte du fonctionnement spécifique de chaque secteur, il 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. 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 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. **/1.5****Rappel sur l’offre de soins**Les entités qui constituent ce système de l’offre de soins, sont la médecine de ville, le médicosocial et l’hospitalisation publique et privée.On distingue deux niveaux de soins : Les soins primaires qui sont les consultations, les visites de médecine générale, l’accueil d'urgence à l'hôpital et les soins secondaires sont les soins de spécialités, les prescriptions d'examens complémentaires et de médicaments, les hospitalisations programmées,… **L’accès aux soins**L’accès aux soins pour les usagers se réalise par deux conditions majeures : la proximité géographique des professionnels de santé, et la possibilité de les consulter à des tarifs abordables. L’accessibilité aux soins est la capacité matérielle d’accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Cet accès se focalise surtout sur les hospitalisations et les soins sophistiqués non disponibles par ailleurs.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. **/0.25****Les freins à l’accès aux soins et les publics cibles****Chez La Précaires** 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…).**La protection par l’assurance maladie de la Sécurité sociale :** son absence provoque un accès médiocre aux soins. **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. **/1.5**Stratégies pour améliorer l’efficacité et l’efficience  du système de soinsIl faut agir sur les objectifs du système de soins, c’est à dire : Le rendre accessible financièrement et géographiquement par les usagers ; améliorer l'efficacité technique et l’efficience économique ; assurer sa globalité et sa pérennité; le rendre acceptable par les usagers, les professionnels de santé et les financeurs ; le rendre souple, capable de s'adapter rapidement en cas d'émergence de nouveaux besoins, et à se redéployer lorsque les services ne sont plus pertinents ; il doit être planifiable et évaluable. **/1.5** |
| **Question N° 3*** Ce sont les personnes vulnérables qui déterminent les champs de l’intervention sociale ; analysez cette dimension dans tous ses aspects.
* Donnez nous les différentes réponses qu’offrent les institutions de solidarité et proposez, de votre point de vue, d’autres moyens d’accompagnement ? **/07 points**
 | **L’intervention sociale**C’est l’action socio-médicale pour aider et accompagner les personnes en situation de vulnérabilité. Elle est mandatée par une institution qui définit, par son champ légitime de compétence, le public concerné. ». **Le concept de vulnérabilité** Origines étymologiques : du latin *vulnus, vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser), le vulnérable est, selon Dubasque (2018), celui « qui peut être blessé, frappé », « qui peut être facilement atteint, qui se défend mal ». Le terme vulnérable a pour synonymes « fragile » et « sensible ». **Les aspects de la vulnérabilité**La vulnérabilité́ est aujourd’hui regardée comme une responsabilité́ individuelle, alors qu’elle était autrefois perçue comme une problématique sociale collective. Les individus font constamment face aux épreuves et aux évaluations auxquelles ils ne peuvent facilement répondre. Paradoxalement la société place et classe ces citoyens faibles et vulnérables comme des citoyens inaboutis, parce qu‘ils ont été individuellement incapables à joindre les normes sociales ou les idéaux sociaux. La vulnérabilité s’inscrit dans une perspective fondamentalement dynamique, elle constitue en quelque sorte une phase potentielle dans les histoires de vie, elle n’est pas un statut fatal. La vulnérabilité est vue comme une violence symbolique invisible perpétrée sur les populations défavorisées qui s’abattrait plus durement sur les populations à risque, mais pourrait, tout de même, concerner tous les citoyens. L’autonomie et la situation de vulnérabilité́ formeraient donc les deux parties de l’équation menant à la violence symbolique**. /1.5****Les champs de l’assistance sociale**La vulnérabilité choisit ses publics en fonction des situations, la société elle se cherche pour ajuster son regard et cherche les stratégies pour répondre aux spécificités de chacun, pour dissiper les avatars du passé. Ici réside tout l’intérêt à comprendre les facteurs de la vulnérabilité et la connaissance fine de ses catégories. La vulnérabilité est intimement liée au parcours de chaque individu, selon le processus de production, l’état de l’individu, l’environnement social,... Elle peut ainsi se manifester, sous des formes et à des degrés divers, à certains âges de la vie (naissance, enfance, adolescence, 4e âge) ; par des handicaps. Elle peut être le produit d’un milieu environnemental ou sociétal fragilisant, induisant des évolutions lentes ou des ruptures franches dans le parcours de vie des personnes. Les Champs de l’action sociale vont de l’économie, de la santé, du logement, de la culture, de l’éducation, du domestique,.../**1.5** **Les groupes vulnérables** Le terme « vulnérabilité » désigne une multitude de réalités : situations de pauvreté, de précarité, de dépendance, de souffrance physique et psychique, de désocialisation, de domination ou d’inégalité… C’est un terme fourre-tout « Mot-valise » ou « mot-éponge », mais en même temps il permet d’articuler, dans des approches diverses.On retrouve ainsi les groupes vulnérables physiologiquement ou physiquement fragiles et des groupes économiquement démunis, énuméré sous forme de liste hétéroclite * Enfants (éducation, zones de jeu, services de regroupement familial) ;
* Femmes (sécurité physique, accès aux soins prénataux, proximité de l’eau et du combustible, possibilités d’exercer des activités génératrices de recettes, souvent victimes de violences et plus mal rémunérées) ;
* Victimes de violence (accès à des services de conseils, soutien spécifique en termes de soins de santé) ;
* Personnes souffrant de handicaps physiques ou mentaux (accès à des soins de santé spécifiques, activités avec la communauté pour favoriser l’intégration);
* Minorités ethniques (sécurité physique, représentation, possibilités adaptées de pratiquer leur foi ou des activités propres à leur culture).
* Les populations aborigènes confrontées aux maladies importées, à la pression économique et aux changements de leurs conditions de vie et d’environnement
* Les sans-abri et les exclus,
* Les immigrants,
* Les personnes âgées et les personnes malades,
* Les homosexuels et séropositifs.etc. Les illettrés qui cumulent ce handicap culturel et un niveau économique en général très bas,
* les précaires, les paysans sans terre et journaliers**./1.5**

**Les aides des services d’assistance sociale**Il est inconcevable que la société puisse se dérobe de son devoir d’assistance envers ces catégories d’êtres fragiles et sans défenses : les nouveau-nés abandonnés, les femmes seules chargées d’enfants, les vieillards ou à toute personne qui ne peut plus gagner sa vie du fait de ses handicaps physiques ou intellectuels,… Donc l’état a l’obligation de fournir l’assistance sociale à ces citoyens en situation de vulnérabilité, il s’agit d’un droit légal pour tous les publics en difficulté sociale. *https://definition-simple.com/lassistance-sociale*L’assistance et l’intervention sociale se présentant, selon Capelier (2015), comme une initiative socio-médicale pour aider et accompagner les personnes en situation de vulnérabilité. La notion d’assistance sociale est associée à un service fourni pour résoudre des problèmes de toutes sortes et pour améliorer les conditions de vie des gens. L’assistance sociale est généralement fournie par l’intermédiaire d’institutions publiques ou d’organisations non gouvernementales (ONGPour le [Conseil supérieur français du travail social](https://www.cairn.info/publications-de-Conseil%20sup%C3%A9rieur-du%20travail%20social--138002.htm) (2014), « l’intervention sociale d’aide à la personne est une démarche volontaire et interactive, menée par un travailleur social qui met en œuvre des méthodes participatives avec la personne qui demande ou accepte son aide, dans l’objectif d’améliorer sa situation, ses rapports avec l’environnement, voire de les transformer. L’association du mot intervention avec le mot aide peut apparaître comme contradictoire si on estime que le mot intervention traduit un acte volontariste qui ferait peu de place à la personne alors que le mot aide requiert sa participation ou tout du moins son consentement. L’assistance est fournie soit à la demande de la personne qui exprime par le biais des procédures pertinentes ou sur orientation de tierces personnes, le besoin d’aide et qui se présente à une entité dédiée à l’assistance sociale, ou bien ce sont les organisations de l’assistance sociale qui se déplacent, par une approche proactive, à l’endroit précis où se trouvent les personnes dans le besoin. L’assistance sociale peut être développée de manière concentrée en cas de catastrophe, comme une inondation ou un tremblement de terre. **/1.25****Natures des prestations fournies par l’action sociale**Les prestations d’assistance sociale visent à réduire les besoins et ou à augmenter le revenu de ceux qui les reçoivent, comme minimum pour mener une vie saine et pouvoir se développer dans la société. La nature et les montants des prestations sont fixés selon le respect des limites des droits reconnus par la loi, la situation de la personne nécessiteuse qui est évaluée selon diverses variables telles que, le nombre de membres de la famille, le revenu, les ressources et les biens, les obligations et les besoins des services qu’elle recherche (payement de loyer, soins besoins scolaires),... La conception inclusive, l’accommodement, l’élimination des obstacles, la prévention du capacitisme, tiennent compte des besoins des personnes vulnérables et  contribue à promouvoir le respect et la dignité ; les avantages inclus dans le concept d’assistance sociale peuvent être très variés et comprennent : L’aide à l’éducation, La fourniture de logements, La fourniture de nourriture et de médicaments,... La lutte contre les discriminations et les stigmatisations, L’amélioration de la qualité de vie (hébergement adapté et une aide à la vie quotidienne), Le soutien mutuel entre les victimes, Les campagnes et les actions d'information et de sensibilisation, La favorisation de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi**. /1.25** |