

**EPREUVE PARTIELLE DU MODULE :**  
**« *SYSTÈME DE SANTÉ* » (2021/2022)**

6<sup>ème</sup> année Sciences Médicales

Enseignant : M. CHALANE Smail

**(Date : 22/05/2022 - Durée : 1 heure) SA**

**BARÈME DE NOTATION :** Chaque proposition de réponse est traitée indépendamment des autres dans la même question (barème par réponses) :

- Proposition juste cochée = 0,20
- Proposition juste non cochée = - 0,20
- Erreur cochée = - 0,20

**1. La « capitation » est un mode de tarification des services de santé :**

- Rétrospectif
- Prospectif

**2. La période de "gratuité" du système de santé algérien (1974 – 1986) était caractérisée par :**

- Des hôpitaux financés sur la base d'un prix de journée
- La remise en cause de l'exercice libéral de la médecine
- Une forte dominance des maladies transmissibles
- Une croissance rapide et anarchique du secteur privé des soins
- L'excédent structurel de la sécurité sociale
- L'apparition de défaillances dans le secteur public et l'émergence du secteur privé des soins
- L'Etat qui prenait en charge uniquement les indigents
- Le blocage institutionnel du secteur public
- La substitution des paiements directs (acte et prix de journée) par la formule "budget global"
- Un financement triangulaire de la santé (Etat-Sécurité Sociale-Ménages)

**3. Dans le cadre de la nouvelle carte sanitaire de 2007 :**

- Les EPSP bénéficient de l'autonomie financière et de gestion
- La gestion des polycliniques et des unités de soins relève du directeur de l'EPH
- Les soins de base dans les structures extrahospitalières sont renforcés par des activités d'aide au diagnostic (analyses médicales et radiologie) et les soins dentaires
- Les structures extrahospitalières sont rattachées aux hôpitaux généraux

**4. Avec le « paiement à l'acte », les conséquences du risque financier pèsent sur :**

- Le producteur de soins (médecin)
- Le payeur collectif (assurance-maladie et/ou État)

**5. Le forfait par pathologie présente l'avantage d'inciter les établissements à :**

- développer la chirurgie de jour
- adopter les techniques de soins les plus appropriées et les moins coûteuses
- se diversifier pour diminuer leurs coûts et accroître leur efficacité
- minimiser le coût par admission
- diminuer les durées moyennes de séjour
- ouvrir de nouveaux lits

**6. On parle de la solidarité horizontale du système d'assurance-maladie lorsque :**

- Les hauts revenus cotisent pour financer les soins des bas revenus
- Les bien-portants cotisent pour financer les malades
- Les actifs cotisent pour financer les soins des inactifs

**7. En Algérie, le « forfait hôpitaux » désigne :**

- Des versements obligatoires pour acquérir des droits à des prestations sociales
- Des versements effectués par la Sécurité Sociale permettant de financer les établissements de santé publiques

**8. La santé et les moyens mobilisés pour le secteur relève de l'approche économique dans la mesure où :**

- Le secteur des soins de santé n'est pas un véritable marché, gouverné exclusivement par une logique commerciale et de profit
- Les ressources allouées au secteur de la santé représentent un coût d'opportunité pour la collectivité
- Les moyens mis en œuvre ont un coût pour la collectivité
- Les moyens mobilisés sont par définition abondantes et illimités

**9. Avec la « budget global », l'incitation à maximiser le rendement des équipements techniques et des chirurgiens est :**

- Faible
- Forte

**10. L'économie est souvent mal perçue parmi les professionnels de la santé parce que :**

- La santé est perçue comme un droit et, par conséquent, en dehors des logiques comptables ou financières
- Dans les représentations des professionnels de santé, l'application des techniques de l'économie à la santé implique la dévaluation de la vie humaine et une négligence de la souffrance
- L'univers médical ne relève pas de l'approche économique dans la mesure où la santé n'a pas de prix
- L'économie est assimilée au commerce et au profit

**11. Avec le « prix de journée », les conséquences du risque financier pèsent sur :**

- Le producteur de soins (hôpital)
- Le payeur collectif (assurance-maladie et/ou État)

**12. Avec le « forfait par pathologie », l'incitation à la modernisation des techniques de soins, c.-à-d. à l'adoption des techniques médicales les plus « up-to-date » est :**

- Faible
- Forte

**13. L'approche économique en santé s'applique à :**

- La définition de la meilleure façon d'organiser un hôpital
- La production d'études épidémiologiques en vue de concevoir des plans d'action
- L'évaluation des techniques médicales
- La sélection du meilleur programme de prévention
- Aider le médecin à poser son diagnostic et à sélectionner le meilleur traitement
- L'opportunité de donner une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour un nouveau médicament.

**14. Avec la « capitation », l'incitation à la prévention et à l'information du patient est :**

- Faible
- Forte

**15. Le budget global incite les hôpitaux à :**

- maximiser le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour
- la maîtrise des coûts
- allonger les séjours et à multiplier les journées inutiles
- améliorer la qualité et la disponibilité des soins.

**16. Dans la population d'un pays, il y a le groupe des inactifs qui sont en général :**

- Faibles consommateurs de soins
- Bien-portants, avec une capacité de financement élevée
- Faible demandeurs d'assurance
- Faibles contribuables ou cotisants aux prélèvements obligatoires

**17. Dans l'organisation sanitaire algérienne, les soins secondaires :**

- portent sur les consultations de médecine générale
- portent sur les soins dans les spécialités de base (urgences médico-chirurgicales de base, médecine interne, chirurgie générale...)
- portent sur les actes infirmiers
- concernent les unités légères de soins (polycliniques, salles de soins et centres de santé)
- concernent les CHU et les EHS
- portent sur la chirurgie spécialisée

**18. Avec le « prix de journée », l'incitation à fermer les lits que le progrès des techniques médicales permet de libérer est :**

- Faible
- Forte

**19. Sur la période 1986-2000, le système de santé algérien était caractérisé par :**

- Le blocage institutionnel du secteur privé
- La substitution de la formule « budget global » par des paiements directs (acte et prix de journée)
- L'instauration de la gratuité des soins et de la prédominance du secteur public
- Une volonté politique de désengagement du financement de la santé
- La promulgation d'une nouvelle carte sanitaire
- Faibles niveaux de remboursement des actes médico-techniques et des analyses médicales
- La baisse des prix des médicaments (dévaluation)
- Un rattrapage sur le plan infrastructurel (extensions, rénovations, équipements, formations...)
- Une grave crise de financement
- Une importante augmentation du budget de l'État alloué au secteur de la santé
- Un financement bipolarisé de la santé (État-Sécurité Sociale)
- Un appauvrissement de larges couches de la population
- Une participation financière en progression des ménages
- L'institution de la médecine gratuite
- Une amélioration du niveau de vie et de l'état de santé de la population
- L'« étatisation » du système de santé
- Le monopole de l'État sur le médicament et les équipements médicaux

**20. En Algérie, le principal outil de planification sanitaire est :**

- Le secteur de santé
- Le schéma d'organisation sanitaire
- La carte sanitaire
- La politique de santé

**21. La croissance économique a un impact positif sur la santé, via :**

- L'augmentation des ressources pouvant être allouées au secteur de la santé
- La diffusion des innovations et du progrès technique dans le secteur de la santé
- L'amélioration des conditions de travail et la réduction des maladies professionnelles/accidents du travail
- L'accroissement des revenus
- L'amélioration des conditions de vie
- La création d'emplois, synonyme de ressources supplémentaires pour la sécurité sociale

**22. Le budget global transfère le risque financier sur les établissements et permet de contrôler étroitement la dépense.**

- Oui
- Non

**23. Depuis les années 2000, le système de santé algérien est caractérisé par :**

- Un renforcement du dispositif tiers-payant
- Des déficits budgétaires successifs (effondrement des ressources de l'Etat)
- Un renforcement des budgets (revalorisation salariale, médicaments...)
- La faiblesse de l'investissement sur le plan infrastructurel (extensions, rénovations, équipements, formations...)
- Une détérioration des équilibres financiers des organismes d'assurance-maladie
- Une détérioration du niveau de vie et de l'état de santé de la population
- Une réduction du chômage et une baisse progressive de la capacité de participation financière des ménages
- Le déficit structurel de la sécurité sociale
- Les faibles niveaux de remboursement des actes médico-techniques et des analyses médicales
- L'institution de la médecine gratuite
- Une extension importante du secteur libéral

**24. La « budget global » est mode de tarification des services de santé :**

- Rétrospectif
- Prospectif

**25. Le ticket modérateur correspond à :**

- La participation des employeurs au financement de la santé
- La participation de l'État au financement de la santé
- La participation des assurés sociaux au financement de la santé
- La participation de la sécurité sociale au financement de la santé

**26. La capitation est un mode de paiement des professionnels de santé qui :**

- Encourage à la provision excessive et inutile de soins
- Crée des conditions de travail favorables aux médecins généralistes
- N'incite pas à la prévention et à l'information des patients
- Garantit la continuité et la qualité des soins pour les patients
- Provoque des inégalités dans la répartition des médecins sur le territoire
- Incite à se décharger des patients lourds sur les spécialistes ou sur les hôpitaux