

UNIVERSITE MOULOU D MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



Mémoire de Fin de Cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences Economiques
Option : Economie de la Santé

*Le coût de la prise en charge de la maladie
chronique rénale terminale au sein d'un
établissement hospitalier public,
Cas : CHU Tizi-Ouzou.*

Présenté par :

- AIT GOUGAM Zahoua
- CHEKDHIDH Dehbia

Encadré par :

Mr. OUAZZI Azzedine

Présenté devant le Jury composé de :

- SALMI Madjid. **Président.** MCA. UMMTO.
- OUAZZI Azzedine. **Rapporteur.** MAA .UMMTO.
- BOUALLECHE Abd elkrim. **Examineur.** MAA. UMMTO.

Année universitaire 2019/2020

Remerciements

Nous remercions dieu, le tout puissant pour nous avoir prêté vie, aide, patience tout au long de notre cycle universitaire, de nous avoir donné le courage et la patience pour réaliser ce travail.

En ce moment précis, toutes nos pensées vont vers nos enseignants en reconnaissance pour leurs sacrifices et dévouements ainsi que pour leur soutien constant aussi pour nous avoir soutenu et guider vers la réussite.

Que ces quelques lignes soient l'expression de notre profonde reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin dans notre travail et plus essentiellement :

Nous tenons à remercier Monsieur OUAZZI Azzedine qui a dirigé ce travail par son savoir et sa disponibilité permanente.

Nos remerciements pour Monsieur SALMI Madjid qui nous a suivi durant tout notre parcours de master en « économie de la santé »

Aussi l'examineur Monsieur BOUALLECHE Abd elkrim d'avoir accepté de lire et d'évaluer ce modeste travail.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude et nos remerciements, pour le personnel du service calcul des coûts au niveau du centre hospitalier universitaire Nedir MOHAMED de Tizi-Ouzou.

Dédicaces

En toute modestie et en toute reconnaissance, je dédie tous mes efforts traduits dans ce mémoire

Aux deux êtres les plus chers au monde, mes parents qui n'ont pas cessé de m'encourager en me prodiguant les précieux conseils sensibles à leurs amours. C'est avec émotion que je leur exprime toute mon affection.

Mes chères sœurs Sonia, Djoudjou et Zenza

Mes chers frères Ghani et Omar

Je dédie ce travail à ma camarade « Dehbia » je suis très reconnaissante, Cela fût un énorme plaisir de travailler ensemble.

Pour finir j'adresse mes remerciements à mes très chers amis (es), et à tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce modeste travail

Zahoua

Dédicaces

En toute modestie et en toute reconnaissance, je dédie tous mes efforts traduits dans ce mémoire

Aux deux êtres les plus chers au monde, mes parents qui n'ont pas cessé de m'encourager en me prodiguant les précieux conseils sensibles à leurs amours. C'est avec émotion que je leur exprime toute mon affection.

Mes chères sœurs

Mes chers frères et belle-sœur et mon cher neveu.

Je dédie ce travail à ma camarade « Zahoua » je suis très reconnaissante, Cela fût un énorme plaisir de travailler ensemble.

Pour finir j'adresse mes remerciements à mes très chers amis (es), et à tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce modeste travail

Dehbia

Liste des abréviations

Abréviations	Significations
AAH	Allocation AdulteHandicapé
ACA	Affordable Care Act
CACOBATPH	Caisse nationale des Conges payes et du Chomage-Intemperies des Secteurs du Bâtiment, des Travaux Publics et l'Hydrauliques
CASNOS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNAC	Caisse Nationale d'Assurance Chômage
CNAS	Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés
CNR	Caisse Nationale de Retraités
DPCA	Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire
GFR	Glomerular Filtration Rate
HAD	Hospitalisation à Domicile
HD	Hémodialyse
HTA	Hypertension Arterielle
INSP	Institut National de Sante Publique
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
MSPRH	Ministère de la Sante, de la Population et de la Reforme Hospitalière
NHS	National Health Service
OIHP	Office International d'Hygiène Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Sante
ONAAPH	Office National d'Appareillage et Accessoires pour Personnes Handicapées
ONG	Organisations Non Gouvernementales
ONS	Office National Des Statistiques
ONU	Organisation des Nations Unies
PCA	Pharmacie Centrale Algérienne
PIB	Produit Intérieur Brut
PSC	Programmes Sectoriels Centralisés
RSA	Revenu de Solidarité Active (de France)
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SNMG	Salaires National Minimum Garanti

Liste des tableaux

Tableau N°	Intitulé	Pages
Tableau 1	Critères de différenciations des trois modèles de protection sociale	23
Tableau 2	Evolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB en Algérie	45
Tableau 3	Evolution de nombre de personnes atteintes de l'IRCT en Algérie 1978-2020 avec la thérapie d'épuration extrarénale (HD et DPCA)	57
Tableau 4	Evolution du nombre de patients greffés de 2005 jusqu'à 2020 en Algérie	58
Tableau 5	Evolution du nombre de patients traités en hémodialyse depuis 1978 jusqu'à 2020	59
Tableau 6	Evolution du nombre de patients traités par DPCA depuis 1978 jusqu'à 2020	61
Tableau 7	Evolution du nombre de centres d'HD publics en Algérie	62
Tableau 8	Evolution du nombre de centres d'HD privés en Algérie	63
Tableau 9	Les différents services d'hospitalisation	68
Tableau 10	La capacité d'unité médico-chirurgicale en lits d'hospitalisation	69
Tableau 11	Les services chirurgicaux	69
Tableau 12	Service de chirurgie dentaire	69
Tableau 13	Autres spécialités au sein du CHU	70
Tableau 14	Le nombre de salles opératoires du CHU	71
Tableau 15	Ressources humaines (<i>professionnels de santé</i>)	72
Tableau 16	Ressources humaines (<i>le corps paramédical</i>)	72
Tableau 17	Ressources humaines (<i>personnels administratifs et autres</i>)	72
Tableau 18	Le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) en 2015	75
Tableau 19	Le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) 2016	76
Tableau 20	Le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (<i>néphrologie, hémodialyse et DPCA</i>) 2017	76
Tableau 21	Le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (<i>néphrologie, hémodialyse et DPCA</i>) 2018	77
Tableau 22	Le nombre de patients par service 2015/2018	78
Tableau 23	La charge globale des trois services 2015/2018	79
Tableau 24	la charge globale des quatre années 2015 jusqu'à 2018 dans les différents services prenant en charge l'IRC	82
Tableau 25	Le coût de prise en charge par personne et par service 2015/2018	83

Liste des figures

Figure N°	Intitulé	Pages
Figure 1	Les objectifs assignés à système de santé	11
Figure 2	Le modèle mixte	22
Figure 3	Evolution des dépenses nationale en pourcentage du PIB en Algérie	46
Figure 4	Evolution des dépenses nationale de santé par habitants en Algérie	47
Figure 5	La prévalence des maladies chroniques en pourcentage de la population totale en Algérie	48
Figure 6	Evolution du nombre de patients IRCT en Algérie 1978/2020	57
Figure 7	Evolution du nombre de patients greffés de 2005 jusqu'à 2020 en Algérie	59
Figure 8	Evolution du nombre de patients traités en hémodialyse depuis 1978 jusqu'à 2020	60
Figure 9	Evolution du nombre de patients traités par DPCA depuis 1978 jusqu'à 2020	61
Figure 10	Evolution du nombre de centres d'HD publics en Algérie	63
Figure 11	Evolution du nombre de centres d'HD privés en Algérie	64
Figure 12	Organigramme du CHU Tizi-Ouzou	67
Figure 13	Nombre d'unités d'œuvre par service en 2015	75
Figure 14	le coût d'unité d'œuvre par service en 2015 (DA)	76
Figure 15	Nombre d'unités d'œuvre par service en 2016	76
Figure 16	le coût d'unité d'œuvre par service en 2016 (DA)	77
Figure 17	Le nombre d'unités d'œuvres par service 2017	78
Figure 18	le coût d'une unité d'œuvre par service en 2017	78
Figure 19	Le nombre d'unités d'œuvres par service 2018	79
Figure 20	le coût d'une unité d'œuvre par service en 2018	79
Figure 21	L'évolution du nombre de patients par service 2015/2018	81
Figure 22	La charge globale des trois services 2015/2018	82
Figure 23	La charge globale des quatre années 2015/2018 dans les différents services prenant en charge l'IRC	83
Figure 24	Le coût moyen de prise en charge par personne au niveau des trois services sur quatre années 2015/2018	85

Sommaire

Introduction générale	1
Chapitre I : Les différents systèmes de santé dans le monde	
Introduction du chapitre 1.....	5
Section 01 :Le système de santé comme moyen de lutte	6
Section 02 :Les différents modèles de la protection sociale dans le monde	15
Section 03 :Le rôle de l’OMS sur l’échelle mondiale.....	24
Conclusion du chapitre 1	30
Chapitre II : Le système de santé en Algérie	
Introduction du chapitre 2.....	31
Section 01 : Evolution et organisation du système de santé algérien	31
Section 02 :Le financement du système de santé algérien	39
Section 03 :La prise en charge des maladies chroniques en Algérie	48
Conclusion du chapitre 2	54
Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou	
Introduction du chapitre 3.....	55
Section 01 :Prise en charge de l’insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en Algérie	56
Section 02 :Présentation de l’organisation d’accueil CHU Tizi-Ouzou	65
Section 3 : Analyse des coûts de prise en charge de l’IRCT	75
Conclusion du chapitre 3	86
Conclusion générale	87
Bibliographie	
Annexes	

Introduction générale

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a été parmi les premiers organismes à alerter les autorités publiques de phénomène des maladies chroniques, en pleine expansion dans tous les pays. C'est à partir de là qu'elle avait collaboré avec les pays, le secteur privé, la société civile et d'autres partenaires dans le cadre de plusieurs initiatives visant à endiguer croissante des maladies chroniques.¹ Ces maladies recouvrent des différents problèmes de santé qui peuvent paraître à première vue disparates. « *Les maladies transmissibles et non transmissibles (pathologies cardiovasculaires, cancers et diabète) persistantes, certains troubles mentaux (dépression et schizophrénie), ainsi que les handicaps physiques permanents (amputations, cécité et affections articulaires), s'ils peuvent paraître différents, s'inscrivent tous dans cette catégorie* ». ²

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une pathologie grave, invalidante, en constante augmentation, dont le traitement est particulièrement contraignant et coûteux. En plus du coût économique et humain du traitement de cette pathologie, l'insuffisance rénale constitue un facteur de risque de morbidité et de surmortalité cardio-vasculaire. Elle représente donc un enjeu de santé publique tant du point de vue de la gestion des ressources qui lui sont allouées afin de prendre en charge tous ces malades qui ne cessent d'évoluer de jour en jour, que de sa prévention qui doit être prise en considérations afin de faire diminuer le coût de la prise, coûts d'autres complications provoquées par cette dernière ainsi que la souffrance des patients.

L'évaluation économique des programmes de santé se définit "comme une analyse comparative des coûts et des conséquences des stratégies thérapeutique".³

Dans le domaine de la santé, le coût sert à analyser la façon dont des ressources ont été affectées et dont elles peuvent engendrer un maximum de résultats en matière de santé avec une quantité fixe de ressources. Attribués au programme ou à l'intervention.

Ainsi, le développement de l'évaluation du coût financier dans le domaine de la santé est légitime pour deux motifs : la croissance continue des dépenses dans ce domaine (*innovation thérapeutique coûteuse, vieillissement de la population, etc.*) et leur part du produit intérieur brut (PIB) qui s'accroît progressivement, puis la multiplication des

¹ Site de l'OMS. « *Les maladies chroniques* », 2020.

Disponible sur <https://www.google.com/search?q=Oms+maladies+chroniques.consulter> le 06/10/2020

² Site OMS. *Op. Cit.* Disponible sur <https://www.google.com/search?q=Oms+maladies+chroniques.consulter> le 06/10/2020.

³ LEVY.P, LEGOS, « *L'évaluation économique des maladies chronique* », université Paris-Dauphine, 2002, P03. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01293859/file/Levyevaluationeconomiquemaladieschroniques.pdf>

programmes de soins que le monde donne à choisir. C'est donc, dans le souci de réduire les dépenses de ce secteur tout en fondant un système de santé efficient alliant soins de qualité au meilleur coût que l'évaluation économique s'est frayé une justification.

L'insuffisance rénale une maladie lourde, c'est son impact économique qui est devenu d'autant plus important, causant un vrai fardeau financier pour les systèmes de santé à travers le monde. L'insuffisance rénale chronique est une maladie qui a des conséquences socio-économiques considérables du fait des soins onéreux que nécessite sa prise en charge. Cette maladie est à l'origine des coûts faramineux qu'ils soient directs, indirects ou intangibles (souffrance du malade et des proches). Leur évaluation est d'une importance capitale.

Dans les années 1970⁴, malgré la fragilité de secteur de santé, et pour une meilleure prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), les pouvoirs publics algériens en 1974 avaient chargé un professeur et lui ont exigés de préparer un plan d'action relatif au traitement de cette pathologie tant par épuration extra rénale ou hémodialyse que par greffe rénale. Ils l'ont doté de tous les moyens requis et ils ont assurés eux même le suivi.⁵

Le traitement par hémodialyse était entièrement pratiqué dans le système public jusqu'aux années 2000. A partir de cette année, la prise en charge des patients hémodialysés est assurée conjointement par le secteur public et le secteur privé conventionné avec la Caisse Nationale des Assurances (CNAS) et la Caisse Nationale des Non-salariés (CASNOS). La prévalence de cette pathologie est en progression continu en Algérie.

Problématique

Notre travail de recherche s'intitule « *le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale au sein d'un établissement hospitalier : Cas CHU Tizi-Ouzou* », pour mener à terme notre étude nous avons posé la question principale suivante :

« *Quel est le coût moyen estimé de la prise en charge d'un dialysé atteint d'une l'insuffisance rénale chronique terminale au sein d'un établissement hospitalier public ?* »

Afin de répondre à cette problématique, d'autres questions secondaires nécessitent d'être posées :

- Quelle est la procédure de la prise en charge de ces patients atteints de l'IRCT ?
- Quel est l'apport des établissements privés de la prise en charge de l'IRCT en Algérie ?
- Existe-il un moyen de prévention contre cette pathologie ?

⁴ MALIKA. BOUALI-BENHALIMA. « *Traitement de l'insuffisance rénale chronique au stade terminale en Algérie : d'une belle genèse à la triste réalité* ». El Watan, 14 mars 2020. Disponible sur : <https://www.elwatan.com/.consulter> le 06/10/2020.

⁵ MALIKA. BOUALI-BENHALIMA. *Op.Cit.* sur : <https://www.elwatan.com/.consulter> le 06/10/2020.

Formulation des hypothèses de recherche

La réponse à cette problématique ainsi que les questions secondaires nécessite la proposition de deux hypothèses suivantes :

- **H1** : L'Etat et les organismes de la protection sociale prennent en charge les patients, par ce que l'IRCT représente un cout très important dont les malades ne peuvent pas faire face.
- **H2** : La prévention constitue la meilleure stratégie pour lutter contre l'IRCT en combattant tous les facteurs de risque qui sont responsables dans son apparition et des coûts colossaux qu'elle provoque une fois déclenchée.

Objet de recherche

L'objet de notre travail consiste à mettre l'accent sur les coûts de la prise en charge de l'IRCT dans le secteur public en optant pour le cas du Centre-Hospitalo Universitaire (CHU) de Tizi-Ouzou.

L'intérêt du sujet

Le thème que traité et qui est citée ci-dessus relève de notre domaine de spécialité à savoir l'économie de la santé.

Le thème a également un intérêt pédagogique, et notre passage au CHU Tizi-Ouzou nous a permis d'enrichir nos connaissances et de mieux répondre à notre curiosité scientifique.

Méthodologie de recherche

Notre méthodologie de recherche est basée sur deux approches. La première, est une approche théorique.

La deuxième est une approche empirique, concrétisée par notre passage au niveau des deux (02) services, néphrologie et contrôle et analyse et évaluation des coûts au niveau du CHU Tizi-Ouzou où on a pu enrichir notre document avec des informations précieuses.

Plan de structure

Afin de bien mener notre recherche, en fonction des données disponibles, et en se basant sur l'aspect économique, nous avons structuré notre travail en trois chapitres, présentés comme suit :

- Le premier chapitre porte sur les différents systèmes de santé dans le monde. Nous avons effectué une synthèse sur les systèmes de santé et les modèles de la protection sociale les plus adaptés afin de répondre au mieux aux attentes des populations. Puis on a évoqué le rôle de l'OMS dans la santé publique ;

- Le deuxième chapitre porte sur le système de santé algérien, où nous avons traité son évolution depuis qu'il a été mis en place au lendemain de l'indépendance, le financement de ce système, enfin on a effectué une classification des maladies chroniques en Algérie et la prise en charge de celles-ci par les organismes de la sécurité sociale ;
- Le troisième chapitre intitulé insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts, cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou. Ce chapitre est consacré à l'exploration du terrain suite au niveau des services néphrologie et contrôle et analyse et évaluation des coûts au CHU de Tizi-Ouzou.

Introduction du chapitre 01

Chaque jour, d'innombrables personnes dépendent du système de santé, celui-ci exerce en permanence des responsabilités essentielles à l'égard des gens de tous âges. Il est indispensable au développement sain des individus, des familles et des sociétés dans le monde entier. Si les systèmes de santé fonctionnent bien dans certains pays, il n'en va pas de même dans d'autres. Cela n'est pas simplement dû à des différences de revenus ou de dépenses, car nous savons que la performance peut fluctuer très nettement entre des pays qui consacrent à la santé des montants à peu près équivalents. La manière dont les systèmes de santé sont conçus, gérés et financés exerce une influence sur la vie et les moyens d'existence des gens. La différence entre un système de santé performant et un système défaillant se mesure aux décès (*plusieurs maladies peuvent survenir et si le système de santé est défaillant, la population ne pourra pas faire face à la situation, ce qui pourrait causer des pertes humaines*), aux incapacités, à l'appauvrissement, à l'humiliation et au désespoir qui en résultent.

Les résultats obtenus en matière de santé sont très variables. Même dans les pays au niveau de revenu comparable, des écarts subsistent. Certains de ces derniers tiennent à la performance des systèmes de santé, les différences au plan de la conception, du contenu et de la gestion des systèmes de santé ce traduisant par des écarts au niveau des résultats. Pour améliorer la performance du système et par conséquent la santé de la population, il est indispensable que les décideurs à tous les niveaux comprennent les raisons de ces écarts.¹

L'amélioration de la santé est, de toute évidence, le principal objectif d'un système de santé. Cet objectif est en fait double : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (*qualité*), et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (*équité*). Dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*², l'OMS va au-delà de ses préoccupations traditionnelles, à savoir le bien-être physique et mental des gens, pour mettre l'accent sur la qualité et l'équité.

Les systèmes de santé à travers le monde tendent, à un moment donné de leur évolution, à se distinguer les uns des autres par les dépenses, de plus en plus, importantes qui sont consenties par chacun d'eux pour la prise en charge des besoins sanitaires de leurs populations respectives. C'est l'époque où le meilleur système de santé est celui qui consacre

¹ Site de l'OMS, « *la santé dans le monde tendances et enjeux* », rapport du secrétariat, organisation mondiale de la santé, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/81050>, consulter le 25/10/2020.

²Site de l'OMS, « *rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant* ». Genève : organisation mondiale de la santé, disponible sur : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42282>, consulter le 25/10/2020

la part la plus importante de son produit intérieur brut (*PIB*) pour les dépenses de santé. Passé ce moment d'euphorie et après l'envolée de ces dernières, le temps de leur endiguement est enfin venu.

Aujourd'hui, les meilleurs systèmes de santé sont ceux qui arrivent à maîtriser leurs dépenses tout en améliorant la qualité des soins dispensés. En effet, la qualité de soins devient un sujet attrayant qui intéresse plusieurs chercheurs en économie de la santé, à travers le monde, dont les travaux s'orientent vers la recherche d'instruments susceptibles d'apporter une amélioration continue des prestations de soins.

Section 01 : Le système de santé comme moyen de lutte

Dans tous les pays, les populations aspirent à une meilleure santé. Chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation afin de répondre, au mieux, à la demande de santé. Cette organisation coordonne l'activité des professionnels de santé avec celles des différents partenaires contribuant au financement du système de soins.

1. Définition du système de santé

Un système de santé ou système de soins de santé « *décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zone géographique ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité de prestations de santé* ». ³

Il réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (*médecins, cliniques, hôpitaux, et pharmacies*), des soins informels (*les guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires*) ainsi que d'autres services, comme la recherche. ⁴Un système de santé comporte de très nombreux autres éléments soit tout ce qui contribue à promouvoir ou à protéger la santé.

Selon l'OMS un système de santé est défini comme suit : « *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* ». ⁵

Pour renforcer les systèmes de santé, il faut surmonter des obstacles dans plusieurs domaines : effectifs des personnels de santé, infrastructures, matériel médical, et médicaments, logistique, suivi des progrès et efficacité de financement.

Pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnel, de moyens financiers, d'informations, de fournitures, de moyens de transport et de communication, ainsi que

³ FRANCIS GUILLEMINE, FRANCOIS KOHLER et All, « *analyse comparative des systèmes de santé- définition du système de soins* » sur : ressources.aunege.fr, consulter le 26/10/2020.

⁴ Article de l'Agence canadienne de développement international : qu'est ce qu'un système de santé ? consulter le 26/10/2020.

⁵ Site de l'OMS. « *systèmes de santé* », consulter le 26/10/2020.

d'orientations générales. Il doit fournir des prestations qui correspondent aux besoins de la population et traiter les patients décemment.

Dans de nombreux pays en développement, le mauvais état des systèmes de santé est l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins essentiels. Toutefois, les pays pauvres ne sont pas les seuls à connaître des problèmes liés à leurs systèmes de santé.

Dans certains pays riches, une part importante de la population n'a pas accès aux soins car les systèmes de protection sociale ne sont pas équitables. Dans d'autres pays, on assiste à une escalade des dépenses en raison d'une utilisation inefficace des ressources.

Il est de plus en plus communément admis que, pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solide et efficace capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants sans distinction, où qu'ils habitent.

1.1 Les objectifs d'un système de santé

S'il est communément admis que le premier objectif d'un système de santé est d'améliorer celle-ci, d'autres objectifs peuvent également être poursuivis : répondre aux demandes des malades, être efficace en termes de coûts, ou encore d'équité.

Un système où la production et le financement des soins sont essentiellement privés, comme aux Etats-Unis, ne peut répondre aux objectifs d'équité et de limitation des coûts. Parmi les modes de financement publics, le financement par impôt, pratiqué au Royaume-Uni ou au Canada, répond mieux aux objectifs d'équité et de limitation des coûts que le financement français ou allemand par la sécurité sociale. En pratique, chaque système de production et de financement des soins répond plus ou moins bien à différents objectifs et reflète les préférences de chaque société.⁶

1.1.1 L'amélioration de la santé

C'est sûrement l'objectif qui est partagé de la même façon par les situations désirées suivantes : vouloir ne pas être malade, préserver un bon état de santé, ou le restaurer en cas de maladies. Par souci d'efficacité et d'efficience, la logique de la santé publique privilégie les soins préventifs et promotionnels identifiés comme la meilleure réponse pour améliorer la santé. Pour la population, améliorer la santé est souvent, d'abord améliorer l'offre de soins curatifs ou simplement pouvoir avoir recours à une offre de soins de qualité.

⁶ Article de Bruno GALLAND, (*Septembre 2006*), Etude sur les objectifs d'un système de santé publique, Centre International de Recherche et du Développement disponible sur : <http://www.ungana.org/IMG/pdf/ungana747.pdf>, Consulter le 02/11/2020

1.1.2 L'efficacité

Tout le monde veut que le système de santé soit efficace même si les conceptions de l'efficacité peuvent diverger sur certains points. L'efficacité sous-tend la satisfaction des critères suivants : ⁷

- Pertinence ;
- Qualité ;
- Continuité/Permanence ;
- Accessibilité.

a- La pertinence

C'est pourquoi l'appréciation de la pertinence des activités de santé peut différer dans les deux logiques : ⁸

- **Logique santé publique** : pertinence = adéquation à des besoins objectivement prioritaire ;
- **Logique demande de soins** : pertinence = réponse à des besoins perçus comme prioritaires (*de façon subjective*).

Il peut y avoir des conflits possibles dans les choix des priorités. Conflits entre le court terme (*le curatif*) et le long terme (*le préventif*), conflit entre une approche de la santé collective et une approche plus individuelle fondée sur le besoin de sécurité face à la maladie.

b- La qualité

Les Anglais distinguent

- Le "juste soin" (*the right care*), qui peut se définir comme une réponse techniquement adaptée à la situation pathologique ;
- Du "bon soin" c'est celui qui satisfait l'attente du malade.⁹

Interface entre justes soins et bons soins (*la guérison est un facteur de satisfaction*), mais il existe des conflits possibles.

Exemple typique : la liste des médicaments et le concept de médicaments essentiels, essentiels pour qui ?

c- La continuité et la permanence des soins

⁷ Article de Bruno GALLAND, (*Septembre 2006*), Etude sur les objectifs d'un système de santé publique, Centre International de recherche et du développement, disponible sur : <http://www.ungana.org/IMG/pdf/ungana747.pdf>, Consulter le 02/11/2020.

⁸ Article de Bruno GALLAND, *Op.cit.*, p 7

⁹GALLAND Bruno, *Op.cit.*, p8, disponible sur : <http://www.ungana.org/IMG/pdf/ungana747.pdf>, Consulter le 02/11/2020

Deux notions différentes :

Le concept de la continuité des soins recouvre différents aspects, tels que la continuité de l'information entre les soignants, la planification des contacts, l'aspect relationnel des contacts patient/médecin généraliste, ainsi que coordination entre les soignants et les services de soins. Les résultats de sept indicateurs choisis permettent de tirer des conclusions pour chacune de ces dimensions. Les résultats sont mitigés, avec une bonne continuité relationnelle avec le même médecin généraliste, un taux moyen et en augmentation de consultations multidisciplinaires pour les cas de cancer, mais un taux de couverture du dossier médical global et un taux élevé de réadmission dans les hôpitaux psychiatriques.¹⁰

La population est d'abord sensible à la permanence des soins à savoir pouvoir avoir recours à quelqu'un en cas de maladie.

d- Accessibilité

Il semble ici y avoir un consensus entre les deux logiques en ce qui concerne l'accès géographique aux services de santé, ou financière qui demande aux concepteurs des systèmes de soins de veiller à ce que les tarifications demandées ne soient pas un frein à l'accès aux soins.

1.1.3 Equité

Concept important en santé publique, un système de soins est dit équitable si chacun est en mesure de recevoir des soins en adéquation avec ses besoins.

A la différence de l'égalité, qui défend une obligation de moyen : « *Chacun reçoit la même chose* », l'équité sous-tend une obligation de résultat : « *Chacun est soigné conformément* ».

Un système de soins qui proposerait les mêmes services à des publics cibles ne présentant pas le même état de santé, ne serait pas équitable.¹¹

1.1.4 L'efficience

C'est un deuxième point d'unité possible entre les deux logiques. Les notions de productivité du personnel, source d'efficience, peuvent rejoindre les attentes des utilisateurs (*rapidité de la prise en charge par exemple*).¹²

¹⁰ F.V, F.R et all, « *Évaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique* », Reflets et perspectives de la vie économique, 2014, p23.

¹¹ GALLAND Bruno, *Op.cit.*, pages 8, disponible sur : <http://www.ungana.org/IMG/pdf/ungana747.pdf>, Consulter le 02/11/2020

¹² *Idem.*

a- Adéquation des moyens

La logique de la demande de soins ne se réfère pas toujours à des critères techniques dans le choix des moyens. Des critères sociaux ou de prestige peuvent intervenir.

b- Accessibilité économique

La logique de la santé publique voudrait que le prix des soins pèsent le moins possible sur les budgets des ménages ou que la participation soit en adéquation avec le pouvoir d'achat.

- **Problème 1** : il y a des riches et des pauvres ;
- **Problème 2** : ceux qui ont des moyens sont prêts à payer si la qualité des soins s'améliore selon les critères de la demande.¹³

c- La motivation du personnel est un facteur clef d'efficience

- La santé publique veut motiver le personnel en lui donnant plein pouvoir et en l'intéressant à des objectifs de résultats (*objectifs visés*) ;
- Les utilisateurs veulent considérer que le personnel de santé, salarié, est avantagé par rapport à eux ;
- Personne ne prend suffisamment en compte les attentes financières des personnels.

1.1.5 La pérennité

Les acteurs du système de santé veulent obtenir des résultats durables. Ce sont les bailleurs de fonds qui, au nom de l'autosuffisance sanitaire, sont les plus préoccupés par la pérennité.

a- Maîtrise de l'organisation et de la gestion

Les programmeurs d'un système de santé publique considèrent souvent que les villageois ne sont pas capables de gérer correctement un service de santé, s'ils ne disposent pas des moyens nécessaires. La population est prête à sous-traiter la gestion, pourvu que le service offert soit satisfaisant.¹⁴

b- Acceptabilité des rôles distribués

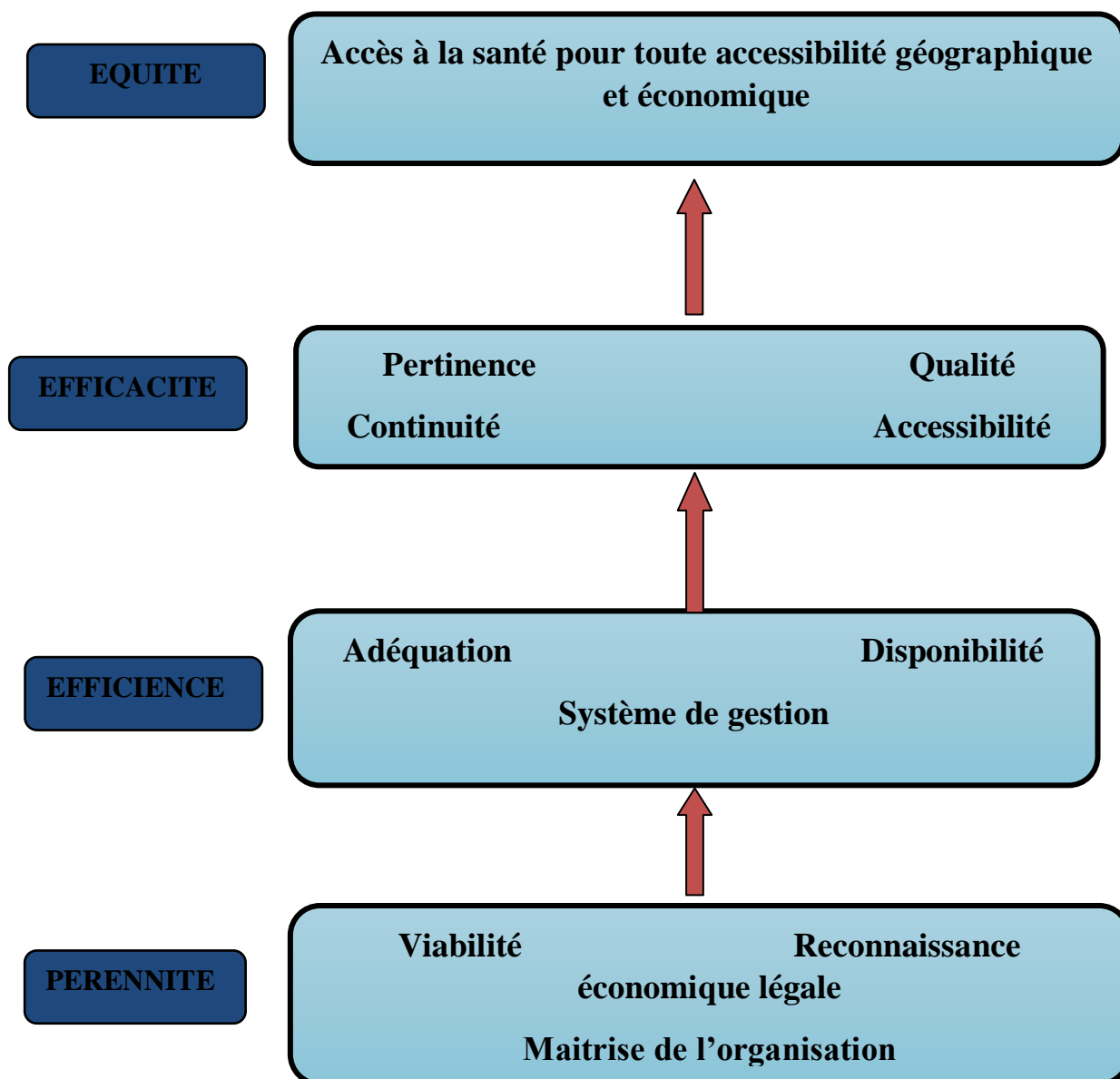
Pour que le système soit pérenne, il faut que les acteurs acceptent de jouer le jeu. Ils le feront durablement s'ils sont satisfaits de leur rôle. La santé publique n'en tient pas toujours compte et privilégie souvent le personnel dans la répartition des pouvoirs de décision au détriment des non professionnels qui exécutent des tâches ou font des contrôles souvent mal perçus.

¹³GALLAND Bruno, *Op.cit.*, p 8, disponible sur : <http://www.ungana.org/IMG/pdf/ungana747.pdf>, Consulter le 02/11/2020.

¹⁴*Idem.*

Une répartition acceptable des pouvoirs est difficile à trouver.¹⁵

Figure N° 01 : Les objectifs assignés à système de santé



Source : Article de Bruno GALLAND, (Septembre 2006), Etude sur les objectifs d'un système de santé publique, Centre International de recherche et du développement, page 06.

2. Les caractéristiques d'un système de santé

Un système de santé performant doit pouvoir :

- Identifier les besoins de la population ;
- Dédire les priorités ;
- Mettre en œuvre une politique et des actions capables de réaliser ses objectifs.

¹⁵GALLAND Bruno, *Op.cit.*, p 8, disponible sur : <http://www.ungana.org/IMG/pdf/ungana747.pdf>, Consulter le 02/11/2020.

2.1 Le système de santé doit être

A. Efficace sur deux plans :

- **Technique** : basé sur les méthodes scientifiques approuvées c'est-à-dire on se basant sur l'ensemble des canons guidant ou devant guider le processus de production des connaissances scientifiques : qu'il s'agisse d'observation d'expériences, de raisonnements ou de calcul théorique ;
- **Economique** : nécessitant des choix compatibles avec des efforts des pays pour assurer le financement des besoins de santé, tout en respectant les progrès de la science. Donc concilier la plus stricte économie possible avec la meilleure efficacité du traitement c'est à dire cout/avantage.¹⁶

B. Accessible : sur les plans suivants :

- **Géographique** : Le système de santé doit être proche de la population : la distance entre la communauté et les structures constitue un critère d'appréciation du système de santé. Et même s'il existe plusieurs types d'indicateurs d'accessibilité, il reste plusieurs méthodes à explorer pour affiner la mesure de l'accessibilité ;
- **Economique** : Le droit à la santé constitue un des principes fondamentaux des droits de l'homme, le coût ne devant pas lui faire obstacle. A l'exemple des Etats- Unis le principe n'est pas pris en compte vu que le financement des soins sont essentiellement privés, cela ne peut répondre aux objectifs d'équité et de limitation des couts. Par ailleurs, le Royaume-Unis répond mieux aux objectifs d'équité et de limitation des couts puisque il dispose d'un moyen de financement public (*le financement par impôt*).¹⁷

C. Acceptable

La mise en œuvre devrait en principe correspondre aux besoins, et répondre aux préoccupations de la population, la notion d'acceptabilité explique parfois les différences observées entre pays de niveaux socio-économique identique en fonction de leurs cultures.

Le système de santé doit avoir l'assentiment de la population. Ceci explique les difficultés parfois rencontrées lorsqu'on veut appliquer une politique copiée sur d'autre pays.¹⁸

D. Planifiable et évaluable

¹⁶ Dr S.AMIROUCHE, « les systèmes de santé dans le monde », faculté de Constantine, 2016/2017, pdfp.2, consulter le 09/11/2020

¹⁷ Dr S.AMIROUCHE, Op.Cit, pages 02, Consulter le 09/11/2020

¹⁸ *Idem*

Deux notions qui désignent :

- **Planifiable** : le rôle de la planification est de déterminer les ressources disponibles pour satisfaire les besoins et choisir les solutions aptes à modifier la situation ;
- **Evaluable** :
 - **Fonctionnement et activités** : l'étude de l'accessibilité aux soins. Etude de la fréquentation des établissements des soins et étude quantitative des activités ;
 - **Moyens** : étude de productivité (*le taux d'occupation des structures*), équipements, et personnels ;
 - **Qualité** : capacités de réponse aux attentes des usagers ;
 - **Résultats** : étude de l'efficacité sur le plan épidémiologique et des avantages et des bénéfices.

E. Souple et modifiable :

Le système de santé doit pouvoir s'adapter à toute situation nouvelle imposée par :

- Le type de morbidité et l'amélioration de l'état sanitaire et des priorités (*SIDA, COVID-19, ...*) ;
- Le progrès technologique (*SCANNER, IRM, ...*) ;
- Les conditions socio-économiques.

3. Les acteurs d'un système de santé

Il existe différents acteurs pour le système de santé, on prend l'exemple de la France qui dispose de cinq (05) acteurs qui sont :¹⁹

4. Des offreurs de soins : qui regroupent :

- Des **professions médicales et pharmaceutiques** (*médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sage femmes*), des **auxiliaires médicaux** (*infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.*) aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes ;
- Des **établissements de santé** couvrant des champs d'intervention différents (*hospitalier, médico-social*) avec des statuts qui peuvent être publics ou privés ;
- Des **réseaux de santé pluridisciplinaires** regroupant des médecins, des infirmiers et d'autres professionnels (*travailleurs sociaux, personnels administratif, etc.*) constitué pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge ;

¹⁹ Gilles-Nezosi, « *qu'est ce que un système de santé* », revue « *la protection sociale* », 14mars2016. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/catalogue/22814-la-protection-sociale> , consulter le 09/11/2020

- Des **structures de prévention** : service de santé au travail, médecine scolaire, service de protection maternelle et infantile, structures de dépistage, etc.
5. Des **producteurs de biens et services en santé**, comme l'industrie pharmaceutique, qui obéissent à des logiques économique de marché.
6. Des **institutions publiques** :
- Qui **organisent le système** tant au niveau national (*ministère de la santé*) que régional (*agences régionales de santé*) ou départemental (*conseils départementaux dans le domaine de l'action sanitaire et sociale*) ;²⁰
 - Qui **conseillent ou aident à l'organisation** (*haut conseil de santé publique, l'institut national de veille sanitaire, agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, etc.*) ;
 - Qui **contrôlent et orientent** : parlement (au travers des lois de financement de la sécurité sociale et de l'objectif national des dépenses d'assurance- maladie), corps de contrôle (notamment cour des comptes, inspection générale des affaires sociales).²¹
- **Des financeurs** aux statuts différents :
- Les assurances maladies obligatoires constituées du régime général d'assurance maladie, de la mutualité sociale agricole, du régime social des indépendants et de certains régimes spéciaux (*par exemple la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières*) ;²²
 - Des assurances maladies complémentaires (*mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance*) ;
 - Et les ménages.
- Des **bénéficiaires** via les associations de patients.

Section 02 : Les différents modèles de la protection sociale dans le monde

²⁰ Gilles-Nezosi, *Op.cit.*, Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/catalogue/22814-la-protection-sociale> , consulter le 09/11/2020

²¹*Idem.*

²²*Idem.*

La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des "risques sociaux". Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses : vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, charges de famille. La protection sociale repose sur plusieurs types de mécanismes :²³

- des **prestations sociales**, versées directement aux ménages, qui peuvent être en espèces (*pensions de retraite*) ou en nature (*remboursements de soins de santé*) ;
- des **prestations de services sociaux**, qui désignent l'accès à des services, fournis à prix réduit ou gratuitement (*crèches, hôpitaux*).

Les prestations sociales peuvent répondre à trois logiques :

- une **logique d'assurance sociale**, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenus (*chômage, maladie, vieillesse, accident du travail*). Les prestations sociales sont financées par des cotisations assises sur les salaires (*comme dans une assurance privée*), et sont donc réservées à ceux qui cotisent ;
- une **logique d'assistance**, qui a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. La prestation assure alors un revenu minimum, qui ne couvre pas forcément un risque spécifique. Il est versé sous condition de ressources, mais non de cotisations préalables (*revenu de solidarité active – RSA, allocation adulte handicapé – AAH*) ;
- une **logique de protection universelle**, qui a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont donc accordées sans conditions de cotisations ni de ressources, mais sont les mêmes pour tous (*prestations familiales*).²⁴

Au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, tous les pays européens ont progressivement étendu à la quasi-totalité des citoyens la couverture des risques sociaux. Chacun de ces modèles de protection sociale est fondé sur des principes afin de subvenir aux besoins de la population pour leurs offrir une couverture sociale et des prestations de qualité, et dans la comparaison nous constaterons ces faits.

1. Le modèle Bismarckien (*assurantiel*)

²³ Gilles Nezosi, « *la protection sociale* », 14/03/2016, disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/24109-quest-ce-que-la-protection-sociale>, consulter le 06/12/2020.

²⁴ *Idem*.

C'est un système qui a été mis en place en Allemagne par le chancelier Allemand « Otto von Bismark » à la fin du 19^{ème} siècle, un système de protection sociale contre les risques maladies (1883), accidents de travail (1884), vieillesse et invalidité (1889).²⁵

Il s'agit d'un système d'assurance sociale basé sur les cotisations et donc les prestations sont destinées à ceux qui ont cotisé (*régime obligatoire d'assurance sociale fondé sur une affiliation professionnelle*).

1.1 Les principes du modèle Bismarckien

- Une protection exclusivement fondée sur le travail et, de ce fait, limitée à ceux qui ont su s'ouvrir des droits à la protection par leur travail ;
- Une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle ;
- Une protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité de prestation aux cotisations ;
- Une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

1.2 Le financement du modèle Bismarckien

Le financement de la protection sociale est assuré essentiellement par les cotisations sociales aux trois pays suivant : Allemagne, les Pays-Bas, et l'Espagne.²⁶

Il en va ainsi en particulier en Allemagne et aux Pays-Bas, ou à l'exception des prestations familiales financées sur le budget de l'Etat, toutes les autres prestations sont financées par les cotisations sociales. Ces derniers sont partagés entre les employeurs et les salariés. Aux Pays-Bas, pour les assurances sociales des salariés, les modalités du partage varient selon le risque tandis que, pour celles qui couvrent toute la population, les cotisations sont dues uniquement par les assurés, salariés ou non, sans participation de l'employeur.

En Espagne, les cotisations représentent 70%²⁷ des ressources de la protection sociale. Dans l'ensemble, les cotisations patronales sont cinq fois plus importantes que les cotisations salariales.²⁸

1.3 Les réformes du modèle Bismarckien

²⁵ Gilles.Nezosi, « la protection sociale », 14/03/2016, disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/catalogue/22814-la-protection-sociale>, consulter le 06/12/2020.

²⁶ Site du sénat, « la protection sociale », disponible sur : https://www.senat.fr/lc/lc10/lc10_mono.html, consulter le 06/12/2020.

²⁷ Site du sénat, *Op.cit.*, disponible sur : https://www.senat.fr/lc/lc10/lc10_mono.html, consulter le 06/12/2020

²⁸ *Idem.*

Un des objectifs majeur des politiques en Allemagne est de garantir l'équilibre comptable de l'assurance maladie, et d'assurer un niveau de prise en charge économiquement acceptable tout en préservant la stabilité des taux des cotisations. Le système Allemagne échappe peu à la croissance des dépenses en santé (11,3% du PIB en 2014).²⁹ Ce qui a conduit le pays à mettre en place des réformes visant toutes à ralentir la croissance des dépenses à travers :

- L'introduction de la croissance entre les caisses d'assurances ;
- Un nouveau système de financement des hôpitaux ;
- L'instauration d'un ticket modérateur pour les consultations médicales ;
- Diminution des prestations.

2. Le modèle Beveridgien

L'après seconde guerre mondiale est une période de nouveau tant au niveau économique qu'au niveau des idées et des conceptions en matière de protection sociale. William Beveridge^{30*}, pose dans son « rapport de 1942 »³¹, les bases théoriques d'une nouvelle doctrine. Ce rapport constitue une étape fondamentale dans l'histoire de la protection sociale et de l'Etat providence. Il considérait alors le régime britannique d'assurance maladie obligatoire comme « trop limité avec le système du plafond d'affiliation, trop complexe avec la multitude des caisses et mal coordonné ». Il a donc proposé un système étatique qui couvre toute la population en leur donnant des droits égaux. Comme il s'agit d'un système géré par l'Etat, il repose sur l'impôt.

2.1 Les principes du modèle Beveridgien

Fondée sur une logique de solidarité nationale, la doctrine de Beveridge élargit le champ d'application du régime bismarckien en s'appuyant sur trois principes : unité, universalité et uniformité.

2.1.1. Unité

(*Une caisse unique, un seul système*), ce principe s'applique à l'organisation du dispositif et consiste à unifier tous les régimes d'assurances sociales en un système d'assurance nationale placé sous une autorité unique. Cette unité de gestion s'explique par l'universalité du système de protection mis en œuvre.

***William Henry Beveridge** (5 mars 1879 à ragpur- 16 mars 1963), 1^{er} baron beveridge de tuggal, est un économiste et homme politique britannique. Fut directeur de la london school of economics, une université britannique située à Londres.

³⁰ W. beveridge, « rapport au parlement sur la sécurité sociale et les prestations connexes », novembre 1942. Disponible sur : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://d1n7iqsz6ob2ad.cloudfront.net/document/pdf/53270e3da1677.pdf&ved=2ahUKEwi46tOf-vvuAhX7RRUIHbOfBqUOFjAAegQIARAC&usg=AOvVaw3jXe3z8rvS-8xZbuhWwJYw>, consulter le 06/12/2020.

2.1.2. Universalité

(*Couverture de l'ensemble de la population pour tous les risques*), principal apport de Beveridge à la conception moderne de la protection sociale, plaide pour une extension de la protection à tous les citoyens et à tous les risques sociaux. Les personnes protégées cessent d'être déterminées exclusivement par l'appartenance à la classe des travailleurs salariés. C'est désormais l'ensemble des citoyens qui sont couverts et chaque personne se voit reconnaître des droits propres.

2.1.3. Uniformité

(*Mêmes prestations pour tous*), ce principe tient à la conception même de la protection sociale. Le système est financé par une contribution unique et la prestation versée est identique pour tous en cas de perte de revenu. Cette logique traduit le refus d'introduire, dans le domaine de la protection sociale, les disparités constatées dans la contribution primaire des revenus. L'objectif principale du système de sécurité sociale est de garantir une protection égalitaire de base, et non de garantir le niveau de vie antérieur.

2.2 Le financement du modèle Beveridgien

Ce système est financé par l'impôt c'est-à-dire le budget de l'État, c'est un système généralisé et uniformisé des prestations sociales financé par des contributions forfaitaires et de délivrance des prestations forfaitaires c'est-à-dire il s'agit d'un système universel de prestation sociale non liée à l'emploi, donc sans affiliation. Le financement repose sur une triple solidarité nationale entre les riches, entre les bien-portants et les malades et entre les personnes jeunes et âgées. Les médecins généralistes sont payés à la capitation (*mode de rémunération des praticiens en Grande-Bretagne*) environ 85%³² d'entre eux ont signé un contrat de prestations de service avec le National Health Service (NHS), c'est par rapport au nombre des patients et non pas par le nombre des consultations. Les médecins privés qui ne sont pas adhérents à l'NHS sont rémunérés à l'acte.³³

2.3 Les réformes du modèle Beveridgien

³² General medical council (GMC) ; Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé; 1/02/2017, disponible sur :

https://www.profilmedecin.fr/contenu/wp-content/uploads/2017/03/profil_medecin_medecins_en_europe.pdf
consulté le 07/12/2020

³³ *Idem.*

L'inconvénient de ce système et la longueur de la liste d'attente ce qui peut lier à la qualité et la quantité des soins. Pour répondre à ces difficultés le NHS a été l'objet de deux importantes réformes :

Une réforme d'inscription libérale dont la philosophie était de séparer les fonctions d'acheteur et de fournisseur de soin dans le but de les rendre économiquement responsables, introduction des mécanismes du marché : mise en concurrence les acteurs de santé.

Une dégradation de la qualité des soins et l'instauration d'une médecine à deux vitesses, propose une nouvelle réforme du système de santé dont la nouveauté et la collaboration en raison entre les acteurs de santé, c'est-à-dire recours à des modes de rémunération plus incitatifs des médecins ou responsabilisation des gestionnaires de santé.

3. Le modèle libéral (américain)

Dans l'absolu le modèle libéral de protection sociale laisse à chacun la liberté de souscrire ou de ne pas souscrire à un organisme de protection sociale. La prise en charge des risques sociaux obéit à une logique assurantielle : On y assure les risques sociaux comme n'importe quel autre sinistre. La couverture sociale dépend donc des cotisations versées et du contrat souscrit auprès d'assurances sociales privées et en concurrence les unes avec les autres. Bien évidemment nul n'est automatiquement pris en charge et chacun choisit son type de couverture en fonction de ses choix personnels et de ses moyens.

Les États-Unis sont souvent présentés comme l'idéal-type du modèle libéral en matière de protection sociale. En réalité s'il y existe bien un marché concurrentiel de la protection sociale et si chacun cotise effectivement pour faire face à ses propres risques, ce sont les entreprises qui font cotiser obligatoirement leurs salariés pour l'organisme de protection sociale choisi par elles. De plus l'État prend en charge un volet de protection pour les plus démunis dont le coût est donc supporté par l'ensemble des contribuables.

On parle d'un modèle résiduel c'est-à-dire d'un État Providence à minima mais d'un État Providence tout de même dans la mesure où l'affiliation à des mécanismes d'assurance sociale est obligatoire. Ceci en vertu de l'hypothèse selon laquelle les ménages ne sont pas "raisonnables" dans le sens où ils sous-estiment leur exposition aux risques sociaux ainsi que les conséquences de ces risques.³⁴

3.1. Le financement du modèle libéral

³⁴Site cleiss, « le régime américain de sécurité sociale », système nationaux de sécurité sociale 2019, disponible sur :https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_etatsunis.html consulter le 07/12/2020.

Cesystème repose sur le principe du contrat entre ces différents acteurs, les quels sont soumis à la concurrence. Il n'accorde à l'Etat qu'un rôle mineur dont la gestion consiste à garantir la qualité des soins et l'application des règles de solidarité.

Le financement est réparti de manière équilibrée entre les assurances privées, les Etats et les particuliers.

L'absence de système national obligatoire d'assurance sociale repose sur le principe de solidarité qui laisse place à deux types de prise de charge : L'assurance maladie privée (60% de population) et programme public d'assurances sociales (25% de population).³⁵

L'Etat a contribué deux programmes financiers par l'impôt et cotisation.

A. Medicare : Le programme vise à garantir une protection médicale réservée aux personnes âgées et aux invalides. Elle comporte deux branches : Hospitalisation et prestations supplémentaires ;³⁶

B. Medicaid : il a été conçu pour assister les personnes les plus dans le besoin et qui sont donc dans l'incapacité d'assumer des frais médicaux. Cette couverture santé a été étendue en 2015 à un nombre de personnes plus important (*à la population ayant des revenus jusqu'à 133 fois supérieure au seuil de pauvreté*). Toutefois il est réservé aux citoyens américains et il fournit 3 formes de protections différentes :³⁷

- Une assurance maladie pour les familles à faible revenus, pour les enfants, les personnes âgées et les handicapées ;
- Des services sur le long terme et un soutien pour les personnes âgées et handicapées ;
- Une couverture santé supplémentaire pour les bénéficiaires de Medicare
- Le caractère concurrentiel favorise la recherche, les innovations et l'accroissement et diversification des échanges entre les acteurs. L'offre de soin y est dominée par le secteur privé.

3.2. Les réformes (*réforme Obama*)

Celle-ci impose à toute personne non couverte par l'employeur (via des compagnies d'assurances privées) de souscrire une assurance maladie individuelle privée « mandat individuel » sous peine de pénalité, est supprimé au niveau fédéral. La réforme se présente sous forme de deux textes se complétant, touchant les domaines juridiques très différents :

³⁵Site cleiss, *Op.cit.*, disponible sur : https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_etatsunis.html consulter le 07/12/2020

³⁶*Idem.*

³⁷Gabrielle Rougeaux, « Medicaid : couverture santé des citoyens les plus démunis aux USA », 23 octobre 2015. USA, disponible sur : <https://myfrenchcity.com/edition-national/vie-pratique-usa/santé-usa/médicaide-protection-sociale-citoyens-plus-démunis-aux-usa/> consulter le 08/12/2020.

droit des assurances, réglementation des assurances publiques Medicare et Medicaid, droit de la concurrence, législation sur les petites et moyennes entreprises, législation fiscale, réglementation sur la responsabilité médicale. Les principales mesures de ces textes sont classées en fonction des objectifs à attendre :

- Diminution du nombre des non assurés ;
- L'amélioration de la couverture sociale.
- La lutte contre l'inégalité sociale.

Toute assurance santé (*Affordable Care Act, ACA*), doit garantir au minimum 10 services de soins essentiels : Les services ambulatoires, Les services d'urgence, l'hospitalisation, l'accouchement et prise en charge du nouveau-né, la santé mentale, les prescriptions médicales, les services de rééducation, les analyses en laboratoire, La prévention et la prise en charge des maladies chroniques, les services pédiatriques.³⁸

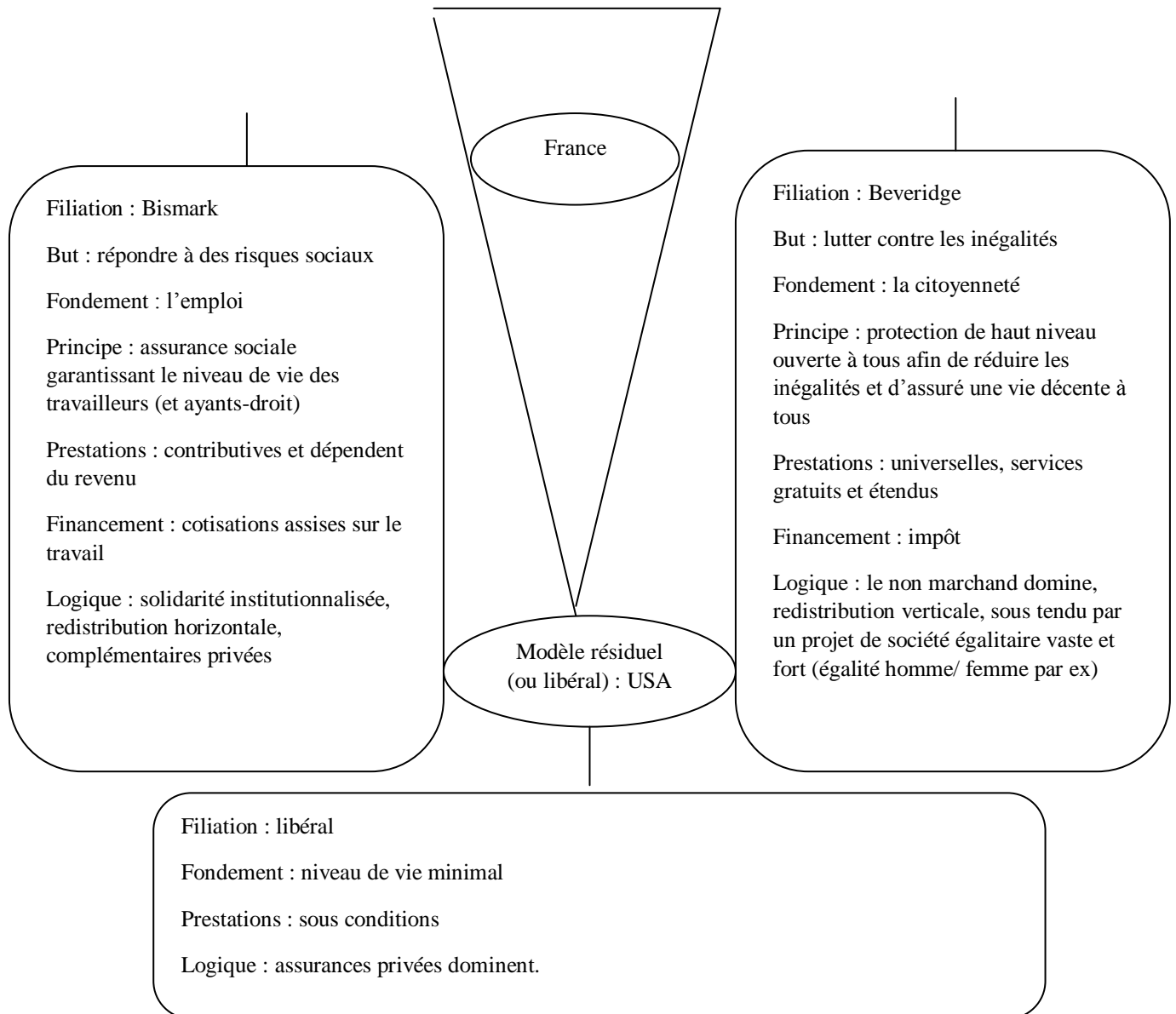
Pour l'ensemble de ces services, aucun plafond de remboursement ne peut être fixe.

4. Le modèle mixte

Dans le cadre des systèmes de santé, on prend l'exemple du système français qui occupe une position mixte, associant aux trois modèles (*le modèle Beveridgien, bismarckien et libéral*), ses principes fondamentaux se basent essentiellement sur l'universalité de la couverture sociale et la médecine libérale.

Figure N° 02 :Le modèle mixte





Source : schéma d'après Parienty et Jestaz Bréal 2003, doc 13

Tableau N°1 : Critères de différenciations des trois modèles de protection sociale

Modèles	Libéral	Bévrigien (universalité)	Bismarkien (assurentiel)
Critères			
Exemples	Etats-Unis	Pays scandinaves, Royaume Uni	Allemagne
Caractéristiques	Etat providence minimal, l'essentiel est assuré par les assurances privées	Etat providence étendu Principe universalité Prestations forfaitaires	Etat providence lié à un système d'assurance obligatoire. La cotisation ouvre droit à des prestations proportionnelles
Critères d'accès	Le besoin, la pauvreté sous condition de ressources, différentiel	Tout le monde est couvert en fonction de ses besoins et non de sa contribution	Statut socio-professionnel, l'emploi détermine l'accès aux prestations (du cotisant et des ayant-droits)
Mode de financement	Impôt et primes d'assurance privées	Impôt	Cotisations sociales prélevées sur les revenus du travail
Mode de gestion	Etat centrale et assurances privées	Etat	Organisations professionnelles
Philosophie	Les pauvres sont considérés comme des assistés	Solidarité générale et verticale Les citoyens sont des ayant droits	Mutualisation du risque, redistribution horizontale
Limites	Prestations minimales ou absentes pour une fraction de la population	Prestations limitées seulement dans le cas du Royaume Uni	La protection est liée à l'emploi

Source : effectué par nos soins sur la base des développements contenus dans le texte

Section 03 :Le rôle de l’OMS sur l’échelle mondiale

L’organisation mondiale de la santé (OMS) s’est engagé afin d’aider ses Etats membres à parvenir à améliorer la santé des populations dans le monde, pour cela les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces capables de prévenir les maladies et d’offrir les mêmes prestations à toute la population sans distinction.

1. Définition de l’OMS

C’est une agence spécialisée de l’organisation des Nations Unies (ONU) pour la santé publique créée en 7 avril 1948. Elle dépend directement du conseil économique et social des Nations Unies et son siège se situe à Pregny- Chambésy, à Genève, en Suisse. Elle est dirigée par 192 Etats membres réunis à l’assemblée mondiale de la santé, celle-ci est composée des délégués représentant les Etats membres. Elle a pour fonctions principales d’approuver le programme et le budget de l’OMS pour l’exercice biennal à suivre et de statuer sur ses grandes orientations politiques.³⁹

Selon sa constitution, l’OMS a pour objectif d’amener tous les peuples des Etats membres et partenaires au niveau de santé le plus élevé possible, la santé étant défini dans ce même document comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité* ». ⁴⁰

Depuis le 1 juillet 2017 le directeur général de l’institution est **TedrosAdhanomGhebreyesus**, et plus de 7000 personnes travaillent à l’OMS dont 150 bureaux de pays, six bureaux régionaux.

1.1. Historique

- En 1850, différents dispositifs sont pris afin de mettre en place des mesures de quarantaines principalement destinées à protéger les Etats européens contre la peste;⁴¹
- En 1851, la première conférence sanitaire internationale a lieu à Paris, regroupant 12 Etats, qui discutent d’une convention sanitaire internationale signée en janvier 1852 pour lutter contre la peste, la fièvre jaune et le choléra. Cependant cette convention n’est ratifiée que par la France et la Sardaigne, puis par le Portugal, avant d’être abandonnée. Plusieurs autres conférences suivent, sans résultats ;⁴²
- En 1903, une conférence met en place une convention sanitaire internationale regroupant (*la convention sanitaire internationale sur le choléra en 1892 et la*

³⁹Site de l’OMS, « *qu’est ce que l’OMS* », disponible sur : <https://www.un.org/la-définition-de-oms/> consulter le 18/12/2020 ;

⁴⁰Idem

⁴¹Site de l’OMS, « *histoire de l’OMS* », disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/hitory> consulter le 18/12/2020

⁴²Idem

convention sanitaire internationale sur la peste en 1897), celle-ci avait fixé également pour objectif de créer une institution internationale en matière de santé.⁴³

- En 1907, la création de « *l'office international d'hygiène publique (OIHP)* » à Rome. Doté d'un comité permanent qui organise des conférences ; l'OIHP est composé de 13 Nations, sa langue officielle est le français, son siège est situé à Paris, sa fonction principale est d'assurer la surveillance et la lutte contre la peste, le choléra et la fièvre jaune. Petit à petit l'OIHP obtient des mandats sur des nouvelles maladies comme la Tuberculose.⁴⁴
- En 1923, la création du « *comité d'hygiène* » qui est considéré comme l'ancêtre de l'OMS ; celle-ci s'est développée dans les domaines et les maladies où l'OIHP n'est pas actif comme le cancer, la malaria ou la lèpre, avec des compétences techniques plus importantes que l'OIHP.⁴⁵
- En 1946, une commission technique rassemble des experts de certains pays ainsi que des représentants d'autres organisations de santé déjà en place, où il y avait eu une conférence internationale met en place la constitution de l'OMS, adoptée à New York par la conférence mondiale de la santé le 22 juillet 1946. Elle a été signée par les représentants de 61 Etats et entrée en vigueur le 7 avril 1948.⁴⁶

2. Le rôle de l'OMS dans la santé publique

L'OMS est l'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies. Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir le soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique.⁴⁷

Au 21^{ème} siècle, la santé est une responsabilité partagée qui suppose un accès équitable aux soins essentiels et la défense collective contre des menaces transnationales.

2.1. Les objectifs tracés par l'OMS

⁴³ Site de l'OMS, *Op.cit.*, disponible sur : https://www.who.int/fr/about/who-we-are/history_consulter_le_18/12/2020

⁴⁴ *Idem.*

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ Site de l'OMS, *Op.cit.*, disponible sur : https://www.who.int/fr/about/who-we-are/history_consulter_le_18/12/2020.

⁴⁷ Mattias Sundholm. « *OMS : L'organisation Mondiale de la Santé* », octobre 2013. Disponible sur : https://www.un.org/youthenvoy/fr/2013/09/oms-lorganisation-mondiale-sane_consulter_le_30/11/2020.

Après la 64^{ème} assemblée mondiale de la santé et à la 129^{ème} session du conseil exécutif, ils ont défini trois objectifs principaux :⁴⁸

2.1.1. De meilleurs résultats sanitaires

L'OMS répondant aux attentes de ses Etats membres et de ses partenaires, agissant selon des priorités et de santé fixées d'un commun accord, avant tout dans les domaines où elle exerce une fonction unique ou possède un avantage comparé et avec un financement qui l'aide à privilégier cette démarche.

2.1.2. Une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale :

L'OMS jouant un rôle de chef de file pour permettre aux nombreux acteurs de participer activement et de contribuer à améliorer l'état de santé de tous les peuples.

2.1.3. Une organisation qui aspire à l'excellence

Doit être :

- **Une organisation efficace** : elle travaille pour atteindre les objectifs assignés et pour garantir sa pérennité avec une anticipation des changements qui puissent nuire à la santé d'une population quelconque. Et une organisation efficace repose sur la coordination des Etats membres ;
- **Une organisation efficiente** : désigne le rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées pour atteindre ces résultats voulu ;
- **Une organisation réactive** : c'est à dire elle réagit rapidement aux besoins des usagers par mise en œuvre de synergies ou l'amélioration de la flexibilité des ressources ;
- **Une organisation objective** : c'est-à-dire que celle-ci adapte des stratégies et des plans d'action afin d'offrir et d'améliorer des prestations de qualité dans le but de satisfaire les usagers et subvenir à leurs besoins et répondre à leurs attentes ;
- **Transparente et responsable** : une organisation transparente permet à chaque collaborateur, quel que soit son niveau dans la hiérarchie, d'avoir accès à toute les informations stratégiques concernant l'organisation. Elle permet de créer des ponts entre les équipes et de résoudre les problèmes existants plus rapidement. Pour ce qui est de l'organisation responsable, il existe des règles précises de gestion et de prise de décisions afin d'empêcher les comportements pouvant porter préjudice à celle-ci et à ses parties prenantes.⁴⁹

2.2. Le plan d'action de l'OMS

⁴⁸Mattias Sundholm. « OMS : L'organisation Mondiale de la Santé », octobre 2013. Disponible sur : <https://www.un.org/youthenvoy/fr/2013/09/oms-lorganisation-mondiale-sane> consulter le 30/11/2020

⁴⁹Idem

L'OMS est appelée à agir dans un environnement de plus en plus complexe et en mutation rapide. Les limites de l'action de santé publique se sont estompées, débordant sur d'autres secteurs qui ont une incidence sur les possibilités et les résultats sanitaires. L'OMS entend relever ses défis grâce à un programme en six points. Ces six points concernant deux objectifs sanitaires, deux besoins stratégiques et deux approches opérationnelles.⁵⁰

2.2.1. Promouvoir le développement

Au cours des dix dernières années, la santé a pris une place sans précédent comme moteur de progrès sociaux économique, et l'on a jamais autant investi dans la santé. Pourtant la pauvreté continue d'entretenir les problèmes de santé et ceux-ci à leurs tours maintiennent une grande partie de la population dans la pauvreté. Le développement sanitaire s'inspire du principe éthique d'équité : nul ne devrait être privé d'accès à des interventions salvatrices ou de promotion de la santé pour des raisons injustes, y compris d'ordre social ou économique. Le respect de ce principe garantit que les activités de l'OMS en matière de développement sanitaire donnent la priorité à l'obtention de résultats dans les groupes pauvres, défavorisés ou vulnérables. La réalisation des objectifs du millénaire pour le développement lié à la santé, la prévention et les traitements des maladies chroniques et à la prise en charge des maladies tropicales négligées sont les pierres angulaires du programme d'action en matière de santé et de développement.⁵¹

2.2.2. Favoriser la sécurité sanitaire

La vulnérabilité commune face aux menaces pour la sécurité sanitaire exige une action collective. L'une des principales menaces pour la sécurité sanitaire internationale découle des flambées de maladies émergentes et à propension épidémique. Ces flambées sont de plus en plus nombreuses, favorisées par des facteurs comme l'urbanisation rapide, le mauvais aménagement de l'environnement, les modes de production de commercialisation des aliments et l'usage parfois mauvais des antibiotiques. L'aptitude des pays à se défendre collectivement contre les flambées de maladies sera renforcée dès juin 2007 avec l'entrée en vigueur du règlement sanitaire international révisé.⁵²

2.2.3. Renforcer le système de santé

⁵⁰ Site de l'OMS, *Op.cit.*, disponible sur : https://www.who.int/fr/about/who-we-are/history_consulter_le_18/12/2020

⁵¹ *Idem.*

⁵² *Idem.*

Si l'on veut que l'amélioration de la santé serve à lutter contre la pauvreté, les services de santé doivent atteindre les populations pauvres et mal desservies. Or, les systèmes de santé de nombreuses régions du monde ne sont pas en mesure de le faire, c'est pourquoi le renforcement des systèmes de santé est une priorité absolue pour l'OMS. Il s'agit notamment de veiller à l'existence d'effectifs suffisants de personnel qualifié, à un financement suffisant, à mettre en place des systèmes adaptés de collecte des statistiques démographiques et à favoriser l'accès à des technologies appropriées, y compris les médicaments essentiels.⁵³

2.2.4. Exploiter la recherche, l'information et les données factuelles

C'est sur la base des données probantes que les priorités doivent être fixées, les stratégies définies et les résultats mesurés. L'OMS produit des informations sanitaires faisant autorité, en consultation avec des experts éminents, afin d'établir des normes et des critères, d'énoncer des orientations sur la base de données probantes et de suivre l'évolution de la situation sanitaire mondiale.⁵⁴

2.2.5. Renforcer les partenariats

L'OMS s'acquitte de son mandat avec l'appui et la collaboration de nombreux partenaires, y compris des institutions des Nations Unies et d'autres organisations internationales, des donateurs, la société civile et le secteur privé. L'OMS utilise la valeur stratégique des données factuelles pour encourager ses partenaires à mettre en œuvre des programmes à l'intérieur des pays afin d'aligner leurs activités sur les meilleures pratiques et directives techniques ainsi que sur les priorités établies par les pays.⁵⁵

2.2.6. Améliorer la performance

L'OMS participe aux réformes en cours pour améliorer son efficacité et son efficacité, tant au niveau international que à l'intérieur des pays. Elle a pour but de faire en sorte que son atout majeur (*son personnel*) puisse travailler dans un environnement motivant et gratifiant. L'OMS prévoit son budget et ses activités dans le cadre d'une gestion fondée sur les résultats, et fixe des résultats escomptés pour mesurer la performance au niveau des pays ainsi qu'aux niveaux régional et international.⁵⁶

3. Le rôle de l'OMS dans la santé mondiale

⁵³ Site de l'OMS, *Op.cit.*, disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/history> consulter le 18/12/2020

⁵⁴ *Idem.*

⁵⁵ *Idem.*

⁵⁶ *Idem.*

La santé comme définie dans la constitution de l’OMS, peut se traduire par :

- Sa mission principale consiste à mener les populations des Etats membres au meilleur état de santé possible ;
- Des préconisations au niveau des systèmes de santé en faveur de la définition de programmes de recherche en santé, d’une couverture sanitaire universelle, par des actions de surveillance de la situation sanitaire mondiale, de la prévention et d’études des risques.
- L’accès aux médicaments et l’extension de la vaccination en font notamment partie ;
- L’accès aux médicaments et l’extension de la vaccination en font notamment partie ;
- Elle intervient également d’une manière opérationnelle dans les situations d’urgence et d’épidémie comme les actions mises en place dans le cadre du virus Ebola ou celle du COVID-19. C’est cette institution qui donne l’alerte, propose les mesures de lutte à appliquer et coordonne des réponses sanitaires des pays Etats membres en créant notamment des partenariats lorsque des actions conjointes sont requises.⁵⁷

Pour mener toutes ces missions à bien et apporter les ressources nécessaires aux Etats membres, l’OMS s’appuie sur l’étroite collaboration à l’échelle internationale. Ainsi travaille-t-elle avec les Nations Unies et de nombreuses Organisations non gouvernementales (*ONG*). Elle participe également à la création de partenariats pour fournir des aides et agir au plus près des populations.⁵⁸

⁵⁷Site de l’OMS, « *l’organisation mondiale de la santé (OMS) : quelles sont ses missions ?* », disponible sur : <https://crh.cgos.info/informations/l-organisation-mondiale-de-la-santé-oms-queelles-sont-ses-missions> consulter le 20/12/2020

⁵⁸*Idem.*

Conclusion du chapitre 01

Compte tenu des problèmes de santé au niveau mondiale, les objectifs sanitaires décrits dans le rapport sur la santé dans le monde (2003)⁵⁹ ne pourront être atteints que si on renforce le système de santé, et cela ne pourra d'être fait que lorsque celui-ci surmontera de divers obstacles comme : effectifs des personnels de santé, infrastructures, matériel médical et médicaments, logistique, suivi des progrès et efficacité du financement.

Certains mettent en exergue le fait que, malgré la protection sociale, il existe des poches de pauvreté très importantes et des populations qui malgré le montant des sommes mises dans les systèmes de santé, sont en difficultés. Car dans certains pays riches, une part importante de la population n'a pas accès aux soins puisque leurs systèmes de santé ne sont pas équitables.

L'OMS s'engage à aider ses Etats membres à y parvenir, son principal but est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible, ce but est transnational pour deux raisons essentielles : les maladies ne connaissent pas de frontières ; l'amélioration des conditions socioéconomiques qui seules permettent un progrès sanitaire à long terme ne peut se réaliser qu'à l'échelle régionale, voire mondiale, par une répartition convenable et l'utilisation rationnelle des richesses et des ressources humaines. En revanche, la mise en œuvre des programmes est nationale, car l'OMS agit toujours en accord avec les gouvernements et sur mandat de ceux-ci. C'est la volonté et la capacité des Etats Membres de l'OMS qui décident en dernier ressort du succès ou de l'échec d'un programme.

Suite aux besoins flagrants de sécurité sociale et des immenses possibilités qu'elle offre pour éliminer la pauvreté, renforcer l'égalité, favoriser la bonne santé de l'économie et le processus d'adaptation du marché de travail, devant sa complémentarité avec les autres politiques sociales. Une fois que les objectifs sont clairement définis, avec réalisme et pragmatisme, il est possible de parvenir à atteindre les objectifs assignés par le système de santé et par l'OMS.

Pour réussir à long terme, il est indispensable d'avoir une vision économique et sociale claire et cohérente, une gouvernance du système de santé saine fondée sur le consensus national, et la volonté de contrôler en permanence le fonctionnement des systèmes nationaux de sécurité sociale et de faire preuve de souplesse pour les adapter aux changements afin qu'ils restent pertinents.

⁵⁹ World Health Organization. « *rapport sur la santé dans le monde :2003 : façonner l'avenir* », Genève :OMS, 2003. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42817> consulter le 20/12/2020.

Introduction du chapitre 02

Le système de santé est un ensemble de plusieurs éléments qui interagissent dans le but de fournir des prestations à la population.

De la période coloniale jusqu'à aujourd'hui le système de santé algérien a traversé plusieurs étapes dont des transitions épidémiologiques, démographiques et socio-économiques.

Ce système national de santé s'organise 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.

Le financement est assuré généralement par la sécurité sociale, l'État et les ménages. L'état accompli plusieurs efforts pour la satisfaction des usagers et leur permettre de participer le moins possible au financement. Mais l'accroissement sans cesse des dépenses de santé constitue un frein à ce processus.¹

Section 1 : Evolution et organisation du système de santé algérien

Durant des années d'occupation, la population algérienne, en grande partie était caractérisée par une grande pauvreté, un accès limité aux services de santé, une protection sociale insuffisante voire inexistante pour une grande majorité. Cette situation résultait d'une politique systématique de discrimination et d'exclusion sociale. L'accès à l'égalité des droits et aux conditions de bien-être ont constitué l'essentiel des revendications de la population.

Selon le rapport sur la santé de l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*), l'Algérie occupe le 4^{ème} rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 membres du classement. Elle est classée au 8^{ème} rang en matière de performance globale du système de santé.²

1. Evolution du système de santé Algérien

Le système de santé algérien a connu une évolution et une mutation depuis l'indépendance qui s'est caractérisé par plusieurs périodes qui sont les suivantes :

1.1 La 1ère période 1963-1973

Au lendemain de l'indépendance, le pays disposait de moins de 500 médecins (*dont 50% d'Algériens*) pour couvrir les besoins de santé d'une population, estimée à 10,5 millions d'habitants.³

¹Obrou Marie Victoire A.D OyanaElaCleopat« *Le financement du système de santé en Algérie : apports des usagers Cas : CHU de Tizi – Ouzou* », mémoire de master, spécialité économie de la santé, Ummto, 2017/2018, consulter le 16/01/2021.

² Site de l'OMS, « *stratégie de coopération avec les pays 2002-2005* ». Disponible sur [ht : //www.who.int/whr/2005/11_annexes_frP10](http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_frP10).

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

Les indicateurs sanitaires de la période considérée, se caractérisaient par : une mortalité infantile élevée, dépassant 180 pour mille, une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans, et l'ampleur des maladies transmissibles qui, sévissant à l'état endémique, source d'une importante cause de décès et d'handicap.⁴

Face à cette situation, et en raison des ressources limitées, le ministère de la santé s'est alors fixé deux objectifs essentiels : La réduction des disparités en matière de répartition du corps médical (*public et privé*) afin de faciliter l'accès aux soins.

- instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé ;
- mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire La lutte contre la mortalité et la morbidité, dues aux maladies transmissibles.⁵

Mise en œuvre de plusieurs programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérables, et à assurer la prévention des maladies prévalentes :

Institution de la vaccination obligatoire de tous les enfants, avec succès de la campagne d'éradication du paludisme La production pharmaceutique, l'importation et la distribution de gros des médicaments, étaient assurées par des sociétés nationales (*Pharmacie Centrale Algérienne -PCA*) ; La distribution au détail était partagée entre les secteurs privé et public (*agences de la PCA*). Une commission nationale de la nomenclature créée en 1969, établissait la liste des médicaments nécessaires ; Le contrôle des produits pharmaceutiques était assuré par la PCA.

1.2 La 2^{ème} période 1974-1982

Elle a été également confrontée aux problèmes de la contraintes des dépenses de santé, suite au choc pétrolier ayant réduit considérablement ses ressources financières. Malgré la faiblesse du rythme d'évolution des dépenses de santé par rapport au PIB (*une moyenne de 4.5%*), les remboursements en médicaments effectués par la sécurité sociale n'ont cessé d'augmenter, tirées par l'accroissement de la demande des services de santé. Et selon l'OMS, la moyenne mondiale des dépenses de santé en proportion du PIB s'établit entre 5.6% à 7.5%.⁶

³ Ait Mouhandali, maître assistant en épidémiologie « *le système national de santé (sns)* », faculté de médecine, 12/03/2017. disponible sur <https://fr.slideshare.net/mobile/aaitmohend/le-système-de-santé-algérien>. consulter le 16/01/2021.

⁴ Ait Mouhandali, *Op.cit.* Disponible sur <https://fr.slideshare.net/mobile/aaitmohend/le-système-de-santé-algérien>. Consulter le 16/01/2021.

⁵ *Idem.*

⁶ Site de l'OMS. « *l'OMS estime les couts pour atteindre les cibles sanitaires mondiales d'ici 2030* », 17/07/2017. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/17-07-2017-who-estimates-cost-of-reaching-global-health-targets-by-2030>

Cette période a été marquée par 4 faits majeurs ⁷:

- **Instauration de la gratuité des soins (janvier 1974)** : généralisation de l'accessibilité de la population aux services de santé ;
- **Réforme des études médicales** : amélioration qualité de l'enseignement, renforcement de l'encadrement entraînant augmentation du nombre de praticiens médicaux (*toutes spécialités*) ;
- **Création du secteur sanitaire** : pierre angulaire de l'organisation du système national de santé auquel ont été rattachées toutes les unités de soins de base, autrefois gérées par les communes ou le secteur parapublic.

Dans les années 1980, l'économie algérienne avait vécu un déficit et un frein brutal dans tous les domaines suite au choc pétrolier et à l'endettement de l'Algérie, ainsi que l'augmentation de la demande de soins en raison de la gratuité des soins.

1.3 La 3^{ème} période 1982-1992

Cette période est caractérisée par :

- Réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires dont la création de 13 CHU chargés de soins, de formation et de recherche Recul de la mortalité (*amélioration niveau de vie et programmes nationaux de santé: tuberculose, malnutrition, mortalité infantile, ...*);⁸
- Meilleure maîtrise de la fécondité amorce d'une transition épidémiologique, marquée par une baisse notable de certaines maladies transmissibles ;
- De profonds bouleversements socio-économiques :
 - Difficultés cycliques d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et consommables Asphyxie financière du système public entraînant les réformes du système (*en 1985, la mise en place d'une loi sanitaire 85-05 relative à la protection et à la promotion de a santé*) ;
 - En 1986, privatisation de l'exercice médical « *autorisation de s'installer, zoning* » ;
 - En 1990, autorisation d'ouverture des cliniques privées. ⁹

1.4 La 4^{ème} période 1992-2002

⁷YOUCEF Bouzid ; KEBAILI Rebiha, « *le système de santé algérien : Reformes et perspectives* », mémoire de master ;option économie de la santé ,ummto,2016/2017,p.9.

⁸ Ait Mouhandali, *Op.cit.* Disponible sur <https://fr.slideshare.net/mobile/aitmohend/le-système-de-santé-algérien>. Consulter le 16/01/2020.

⁹*Idem.*

Cette période se caractérise par plusieurs transitions importantes ayant un impact sur le système de santé :

1.4.1 Une transition épidémiologique

Les maladies infectieuses et parasitaires sont les premières causes de morbidité et de mortalité de la population algérienne au lendemain de l'indépendance. Durant les deux premières décennies de l'exercice de la souveraineté nationale, les pouvoirs publics ont mis l'accent sur la lutte contre ces maladies. Des résultats encourageants sont ainsi obtenus grâce notamment à l'application de certaines mesures de santé publique qui couvrent la population entière visant à réduire l'incidence de ces maladies. Cependant dès 1985, l'Algérie s'est trouvée aussitôt exposée aux bouleversements épidémiologiques survenus dans le monde. L'émergence de l'infection du Sida a ainsi touchée notre pays en raison des mobilités massives et rapides des populations algériennes.¹⁰

La situation épidémiologique de la population algérienne qui se caractérise par une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies transmissibles prévalences au lendemain de l'indépendance (*maladies infectieuses de l'enfant* , *tuberculose*, *maladies à transmission hydrique*, *zoonoses*) se trouve confrontée de nouveau à ces mêmes maladies. Le recul de l'hygiène publique, la non maîtrise de la gestion des déchets urbains, la précarité de l'habitat et de l'état nutritionnel des couches de la population les plus démunies font que les maladies à transmission hydrique et zoonoses persistent voire même connaissent une recrudescence importante. En effet, l'Algérie a connu à partir de 1994 plusieurs épidémies de diphtérie, de tuberculose, de rougeole et de leishmaniose cutanée. Par conséquent, il y a réémergence de maladies infectieuses, de même que les maladies à transmission hydrique ainsi que les zoonoses. Ces maladies qui semblaient jusqu'alors être des maladies contrôlées et pour certains complètement éradiqués réapparaissent de nouveau.¹¹

La transition épidémiologique de l'Algérie est donc marquée par la persistance des maladies transmissibles « *dites maladies de la pauvreté* » qui caractérisent les pays en voie de développement. A cette situation s'ajoute l'émergence de maladies non transmissibles, « *dites maladies de l'opulence* » à l'exemple des cancers , du diabète, des affections cardiovasculaires des affections rénales, des affections neurologiques et respiratoires chroniques. Ces maladies

¹⁰ Rapport Nabni. « Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 », Janvier 2013. Disponible sur <http://www.nabni.org/rapports-et-publications/rapport-nabni-2020/> consulter le 18/01/2021.

¹¹ Rapport NABNI 2020, *Op.cit.* Disponible sur <http://www.nabni.org/rapports-et-publications/rapport-nabni-2020/> consulter le 18/01/2021

sont venues se greffer à celles déjà existantes en raison de l'augmentation de la population et surtout à son processus de vieillissement devenant un processus inéluctable en Algérie.¹²

1.4.2 Une transition démographique

En 1994, l'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (PAS) sont :

- Sur le plan interne, la compression des dépenses de soins ;
- Sur le plan externe, la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part et la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger d'autre part.¹³

Les mesures prises à cet effet n'ont pas répondu à l'objectif fixé , mais au contraire ont abouti à une augmentation des charges financées sur ressources collectives, sans que l'efficacité n'ait suivi. En effet, depuis 1995 et sous les recommandations de la Banque mondiale qui préconise la réduction des couts, la gratuité totale des soins a laissé place :

- Une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100DA par jour, non remboursables ;
- Au paiement des consultations et actes médicaux dont les tarifs officiels sont largement en delà des honoraires réellement perçus par les médecins.

Malgré la crise et la récession, le secteur public continue à bénéficier de ressources croissantes : elles ont été multipliées, en valeur nominale, par 5,5 entre 1985 et 1995 et augmentées de 83,92% entre 1995 et 1998. Son financement devient de plus en plus budgétaire (24% en 1986, 30% en 1988 et 60% en moyenne entre 1992 et 1995). Alors que la gratuité avait été financée essentiellement par la sécurité sociale.

1.5 La 5^{ème} période (2000 à nos jours)

Cette période s'est caractérisée par une petite amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement du fait de la rente pétrolière malgré les différentes crises mondiales. Certains indicateurs de santé connaissent une amélioration significative à savoir :¹⁴

- Les dépenses de santé en pourcentage du PIB passe de 3,5% en 2000 à 8,5% en 2009 ;

¹²Idem.

¹³Achiou Meriem, AmiroucheSouhil, « *essai d'analyse des dépenses de santé en Algérie* », université de Béjaia, 2016 .disponible sur <http://www.univ-bejaia.dz> consulter le 18/01/2021

¹⁴ Site de l'OMS, Statistiques sanitaires mondiales, 2010 disponible sur www.who.ito consulter le 21/01/2021.

- Des nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements ;
- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999 (35000 praticiens en 2007, dont 13000 spécialistes) ;
- Promotion du médicament générique et encouragement de la production locale (70% de la couverture nationale en volume des médicaments en 2012) ;¹⁵
- De grandes disparités régionales en matière de ressources humaines ;
- Une inadaptation des établissements publics de santé à suivre l'évolution de la demande en soins ;
- Sur le plan épidémiologique : Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de maladies infectieuses, Une augmentation régulière des pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies métaboliques ;
- Le passage à l'économie de marché qui se traduit par des bouleversements socioéconomiques.¹⁶

2. L'organisation du système de santé algérien

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.¹⁷

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 et 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 .

En Algérie, 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, 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 bailleurs de fonds : le budget

¹⁵ Site de l'OMS, *Op.cit.*, disponible sur www.who.ito consulter le 21/01/2021.

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ Ait MedjaneOuahiba, « *les réformes du système de santé en Algérie : état des lieux et analyses* », mémoire de master en Sciences économiques, université de Bejaïa, 2013 consulter le 23/1/2021.

de l'État, la sécurité sociale et les ménages. Leur participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays.¹⁸

2.1 Le secrétaire générale

Assisté de deux (2) directeurs études, et auquel est rattaché le bureau du courrier et de la communication et le bureau ministériel de la sécurité interne de l'établissement.¹⁹

2.2 Le chef de cabinet

Il chargé de la préparation et de l'organisation de la participation du ministre aux activités gouvernementales et aussi aux activités du ministre dans le domaine des relations extérieures, ainsi que le suivi du dossier relatif à la protection du patrimoine et de l'initiation des campagnes d'inspection et de contrôle visant la sécurité des personnes et du patrimoine public.

2.3 L'inspection générale

Elle est chargée d'évaluation générale de plusieurs établissements et structures sanitaires publics et privés.

2.4 Les différentes structures

2.4.1 La direction générale de la prévention et de la promotion de la santé est chargée

- de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion, d'amélioration et de préservation de la santé de la population, en collaboration avec les structures concernées ;
- d'assurer, dans le cadre de la veille et de l'alerte sanitaires, la surveillance épidémiologique de la population, la préparation aux menaces liées aux maladies Émergentes et le contrôle sanitaire aux frontières ;
- d'impulser et d'assurer la mise en œuvre et la supervision des politiques, plans stratégiques et programmes de lutte dans les domaines des maladies transmissibles prévalences , Émergentes et les maladies non transmissibles, de la santé environnementale et de la santé en milieux spécifiques, notamment en matière de prévention ;
- participer au contrôle de l'application de la législation et de la réglementation en matière d'hygiène des eaux, des aliments et des déchets hospitaliers ;
- D'évaluer les actions entreprises et d'en Établir les bilans.²⁰

¹⁸ Ai t MedjaneOuahiba, 2013, *Op.cit.* disponible sur <http://www.uni-bejaia.dz/jspui/handle>

¹⁹ Décret exécutif n 11-380, « du Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la population et de la réforme hospitalière », journal officiel n 63 du 11 novembre 2011, p7. Consulter le 23/01/2021

2.4.2 La sous-direction des actions sanitaires spécifiques

- D'animer, de contrôler et d'évaluer les activités de prévention en milieu scolaire, ordinaire et spécialisé pour personnes handicapées, universitaire et dans les établissements de formation et d'enseignement professionnels ;
- De contribuer à la prévention et à la promotion de modes de vie sains dans les autres milieux éducatifs, notamment ceux de la petite enfance et les centres de vacances et de loisirs ;
- De mettre en œuvre les programmes d'éducation pour la santé en milieux éducatifs ;
- De proposer des actions visant à la protection des catégories vulnérables²¹.

2.4.3 La direction générale des services de santé et de la réforme hospitalière

Cette direction est chargée :

- D'élaborer, de proposer et de mettre en œuvre un plan général d'organisation sanitaire intégrant l'ensemble des structures de santé, y compris le secteur privé ;
- De contribuer à l'élaboration et la mise à jour de la carte sanitaire nationale et de prendre en charge le suivi du programme d'implantation des structures publiques et privées de santé ;
- De veiller au contrôle de l'exercice des professions de santé et des structures publiques et privées de santé ;
- De mettre en œuvre des schémas et dispositifs d'organisation des secours et des urgences en cas de catastrophe ;
- D'évaluer les actions entreprises et d'en établir les bilans.²²

2.4.4 La sous-direction des établissements publics hospitaliers

Elle est pour mission :

- De mettre en œuvre les actions et programmes liés à la réforme hospitalière ;
- De proposer toutes mesures destinées à assurer la rationalisation du fonctionnement des établissements hospitaliers et la mise à jour de la carte de leur implantation ;
- De contrôler et d'évaluer le fonctionnement des structures, des activités, des professionnels et des équipements de santé.²³

2.4.5 La sous-direction des établissements hospitaliers privés

- D'étudier et de proposer toutes mesures susceptibles d'assurer la promotion et l'intégration des structures hospitalières privées dans le système national de santé ;

²⁰ Décret exécutif n 11-380, *Op.cit.*, p7, Consulter le 23/01/2021.

²¹ Décret exécutif n 11-380, *Op.cit.*, p10, Consulter le 23/01/2021.

²² *Idem* p9, Consulter le 23/01/2021.

²³ *Idem* p10, Consulter le 24/01/2021

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

- De proposer les mesures destinées à l'encadrement des activités des établissements, des équipements et des professions de santé ;
- D'étudier la conformité des dossiers d'agrément des établissements hospitaliers privés et de délivrer les agréments y afférents.²⁴

2.4.6 La sous-direction des structures de santé de proximité et des soins à domicile

Elle est chargée :

- De suivre la mise en œuvre de l'organisation des activités et le fonctionnement des structures de santé de proximité publiques et privées et d'en assurer l'évaluation ;
- Définir les modes d'organisation des soins à domicile et des unités sanitaires mobiles ;
- De contrôler et d'évaluer l'exercice des professions et des structures de santé de proximité ;
- De proposer toutes mesures destinées à promouvoir et encadrer les activités de santé dans les structures de proximité de santé.²⁵

Section 2 : Le financement du système de santé algérien

Le financement du système de santé en Algérie revêt une particularité spéciale du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'État, la sécurité sociale et celles des ménages.

Le financement de la santé reste une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et la population. Il doit être fondé sur la solidarité nationale afin d'atteindre l'accessibilité de soins de santé pour tous, à partir de janvier 1974 c'est l'instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques.

Cette section est consacrée à déterminer les différents types de dépenses de santé en Algérie, analyser l'évolution de la dépense de santé et enfin, les différentes sources de financement de la santé.

1. Les sources de financement de la santé en Algérie

Le financement du système de santé algérien relève de plusieurs sources de financement qui sont les suivantes :

1.1 L'Etat

Le financement du système de santé algérien est assuré principalement par l'Etat donc le rôle de celle-ci est primordial, ces dépenses sont considérées d'utilité publique comme les dépenses d'éducation et de défense nationale.

²⁴ *Idem.*

²⁵ Décret exécutif n 11-380, *Op.cit.*, p10, Consulter le 24/01/2021

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

Le budget national de santé est garanti par l'Etat qui assure les budgets d'équipement et de fonctionnement des services centraux, ainsi que à travers les budgets décentralisés, équipements et le fonctionnement des structures concernées contre les différentes maladies aux niveaux des régions, des wilayets et des établissements de santé.²⁶

L'évolution de cette participation a pris une ampleur avec l'instauration de la gratuité des soins de 1974. En effet la contribution de l'Etat au financement de la santé était à plus de 71% en 1974, mais cette contribution a diminué au fil des années surtout au milieu des années quatre-vingt, ceci est dû à la crise et à la chute brutale des prix du pétrole qui a eu un effet négatif sur les recettes et le budget de l'Etat. On a constaté des taux de contribution qui s'élevaient à 39% en 1984, et seulement 34% en 1985 la diminution des participations de l'Etat a été compensée par les organismes de la sécurité sociale dans le financement de la santé à partir des années 2000 et avec l'amélioration des recettes de l'Etat, on assiste à une hausse des contributions de l'Etat dans le financement des dépenses de santé, les taux ont atteint 42,56% en 1999 et 55,2% en 2009 et l'Etat redevient le financeur principal du secteur de la santé.²⁷

1.2 La sécurité sociale

La sécurité sociale couvre 90 pour cent de la population algérienne. Ces catégories de population ont été intégrées au système d'assurance maladie obligatoire à savoir ; les personnes handicapées, les étudiants, apprentis et stagiaires, les bénéficiaires du filet de protection sociale et les moudjahidines. Toute cette population couverte par la sécurité sociale a accès aux services de soins de santé aussi bien public que privé. Les patients sont remboursés à 80 pour cent remboursés sur le tarif officiel des consultations externes dans le secteur privé, alors que le prix dans ce secteur a quadruplé. Ce qui conduit à une augmentation des dépenses personnelles et à un système de santé à deux vitesses dans lesquelles, seules les catégories plus au moins aisées peuvent recourir aux services du secteur privé. Selon la CNAS, ce dernier effectue deux paiements ;

- Forfaits hôpitaux au ministère de la santé et de la population ;
- Remboursements des patients pour les services et médicaments dispensés par le secteur privé.

La couverture sociale est actuellement gérée par ces caisses nationales ; CNANR, CNR, CASNOS, CNAC et CACOBATPH qui sont placées sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

²⁶ Article 228, «les modes de financements de la santé ont été énumérés dans la charte de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985 ».

²⁷ Article 228, *Op.cit.*

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

Les dépenses de la sécurité sociale dans les années 2000 s'élevaient à près de 186 milliards de DA. Ces dépenses de la sécurité sociale ont augmenté pour l'année 2014 à l'ordre de 300 milliards de DA.

Les différents financements de la sécurité sociale qui ont été établies en 2014 par exemple sont :²⁸

- 60 pour cent des dépenses de santé concernent le remboursement des médicaments ;
- Le nombre de retraités inscrits à la CNR est évalué à 2 600 000 personnes ;
- Le nombre de cartes chifa établies est de l'ordre de 10 200 000 cartes qui couvrent près de 34 millions d'assurés sociaux et leurs ayants droits ;
- Le nombre de malades chroniques inscrits à la sécurité sociale est de 3 000 000.

L'assurance maladie est une branche de la sécurité sociale qui est née en Allemagne à la fin du 19^{ème} siècle, à l'époque du Chancelier Bismarck. Sa politique, guidée par un double souci de lutte contre les syndicats et contre la montée du parti socialiste, s'est traduite par la dissolution de ces organisations. En contrepartie, l'État a pris la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale.

La protection sociale est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimal lorsque l'affection prive la personne de travail. Elle contribue au financement du système de santé avec une part très importante d'un pays à un autre.

1.3 Les ménages

Les ménages contribuent au financement de la santé en aux réglant établissements de santé les frais de soins et de séjours prodigués, en tout ou une partie. La participation des ménages peut prendre différentes formes principalement : le ticket modérateur, forfait hospitalier et dépassement d'honoraire.²⁹

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître.³⁰ La part de l'Etat devient de plus en plus importante suite à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette année, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des ressources plus larges et qui permettent à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé.

1.4 Les mutuelles

²⁸Zianizoulikha, « *essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie* », thèse de magister en sciences économiques, AM de Bejaïa, mai 2012.

²⁹ BOULAHRIK Mohand. « *Financements du système de santé Algérien* », volume 20, numéro 1, revue du département des sciences économiques, p.p 9-32.

³⁰*Idem.*

Ce sont des structures qui proposent aux assurés sociaux un complément de couverture sociale ou un complément retraite. Elles sont régies ainsi par le code des mutuelles. Elles sont des acteurs principaux de la protection sociale complémentaire, la mutualité occupe une place considérable dans la protection contre le risque maladie, c'est une prévoyance collective volontaire pour quelques entreprises ou activités. Elles consistent à rembourser aux patients les dépenses de santé non prises en charge par l'assurance maladie.³¹

1.5 Les institutions de prévoyance

Régies par le code de la sécurité sociale ou par le code rural, ces institutions de droit privé à but non lucratif sont gérées paritairement par les syndicats de salariés et les employeurs. Encore appelées institutions paritaires, trois catégories dont les missions sont différentes : les institutions de retraite complémentaire, les institutions de retraite supplémentaire, et les institutions de prévoyance.

1.6 Les assurances privées

Régies par le code des assurances, ce qui les oppose dans le droit comme dans les faits aux mutuelles et aux institutions de prévoyance. Elles interviennent dans le champ de la protection sociale complémentaire au titre de l'assurance des personnes : opérations de prévoyance (*garantie santé, décès, invalidité et chômage*) et opérations d'épargne (*épargne retraite*). Mais l'assurance privée ne peut répondre aux besoins de financement du risque maladie pour les soins lourds et pour l'ensemble d'une population. Comme aux États-Unis confirment cette analyse et situent l'importance des risques de maladie non assurables, leur système d'assurance maladie est, en effet, fondé sur l'assurance privée volontaire.³²

2. Les différents types de dépenses de santé en Algérie

Par définition, la dépense nationale de santé regroupe l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement qui permettent la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de santé de la population et qui sont en grande partie à la charge du secteur public, du secteur privé national, des organismes de sécurité sociale et des usagers ou ménages.³³

2.1 Dépenses publiques de santé

D'une manière générale les dépenses publiques de santé représentent l'ensemble des dépenses consacrées à la santé telle que les dépenses de santé financées par l'impôt, les dépenses de sécurité sociale, et les dépenses financées par des ressources extérieures. Elles incluent la rémunération des personnels des hôpitaux et des unités extra hospitalières, les

³¹ BOULAHRIK Mohand.Op.cit.,p.p 9-32.

³²Idem.

³³ MSPRH, « *comptes nationaux de la santé pour l'Algérie* », Alger, 2003, p.59.

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

dépenses d'administration du système de santé, les investissements en faveur des établissements médicaux, le financement de la plupart des systèmes extrabudgétaires, les subventions destinées à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements médicaux et à combler leurs déficits budgétaires. Les dépenses publiques de santé en Algérie comprennent les dépenses du Ministère de la santé, des assurances sociales et des autres départements ministériels.

2.2 Les dépenses du ministère de la santé

L'impôt et la sécurité sociale sont les deux principales sources de financement qui alimentent le budget du fonctionnement du Ministère de la santé. Les dépenses de santé financées par l'impôt représentent toutes les dépenses publiques de fonctionnement et d'équipement engagées à l'échelon centrale, régional ou local, destinées aux interventions de santé à exclusion des transferts entre administrations y compris les subventions aux producteurs de biens et de services médicaux, les investissements en faveur des établissements publics de santé, les paiements de transfert aux ménages en compensation des dépenses de soins médicaux et des fonds extra budgétaires.

Leurs sources provenant de l'État sont, conformément aux lois en vigueur destinés à la prise en charge des dépenses de prévention, aux soins dispensés aux démunis non assurés sociaux, à la formation et la recherche médicale.³⁴

Les investissements lourds (*construction d'hôpitaux et acquisition d'équipements*) sont également à la charge de l'État selon les procédures en vigueur relatives à l'inscription, au financement et au suivi des dépenses d'équipement public. Concernant les dépenses de santé à la charge de la sécurité sociale, celles-ci sont financées par les cotisations versées par les salariés et leurs organismes employeurs au titre des régimes obligatoires, de prise en charge des soins et des biens médicaux de la population.

Cette participation de la sécurité sociale est aussi appelée forfaits hôpitaux et est destiné à la prise en charge des soins dispensés aux assurés sociaux et leurs ayants droits, dans les structures publiques de soins, d'autres dépenses telles que les transferts pour soins à l'étranger et les dotations financières de services hospitaliers de haut niveau pour la prise en charge des pathologies lourdes et ce, des objectifs de réduire les transferts pour soins à l'étranger.

2.3 Les dépenses de fonctionnement

³⁴Mohand Boulahrik, « *financement du système de santé Algérien* », volume 20 p15.

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

Le budget de fonctionnement du MSPRH comprend dix (10) postes : le personnel, la formation, l'alimentation, les médicaments et autres produits à usage médical, l'entretien des infrastructures sanitaires, les autres dépenses de fonctionnement, les matériels et les outillages médicaux, la prévention, les œuvres sociales et les dépenses de recherche médicale créées depuis 1990.

2.4 Les dépenses de santé financées par la sécurité sociale

Ces dépenses concernent la contribution des organismes de sécurité sociale (*CNAS et CASNOS*) au financement des établissements publics de santé (*forfaits hôpitaux*) destinée à la prise en charge des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droits qui est passée de 9 700 000 000 DA en 1991 à 35 000 000 000 DA en 2005, à 57 818 524 000 DA en 2014 et à 65 219 092 000 DA en 2015.

La CNAS intervient aussi par la prise en charge des soins de haut niveau dans le cadre des conventions signées avec les établissements publics de santé liées à la CNAS par un contrat spécifique qui prévoit les activités et programmes à réaliser ainsi que les modalités de financement.³⁵

2.5 Les dépenses d'investissement

Le budget d'équipement de la santé comporte deux catégories de dépenses :

- Les dépenses relatives aux opérations d'équipement public centralisées appelées programmes sectoriels centralisés (*PSC*) sont destinées à l'acquisition d'équipements médicaux (*imagerie médicale, fauteuils dentaires...*) et le lancement de la réalisation de nouveaux CHU ;
- Les dépenses qui sont effectuées aux niveaux déconcentrés constituées par les programmes sectoriels déconcentrés.

Depuis 2001, des ressources financières ont été mobilisées pour réhabiliter les infrastructures hospitalières existantes, réaliser de nouvelles infrastructures sanitaires à travers tout le territoire national.

2.6 Dépenses du secteur privé en investissement

Elles peuvent être évaluées sur la base des données disponibles au niveau du Ministère de la Santé (*Fichier des établissements et installations à titre privé*). Ces dépenses concernent les projets en cours de réalisation et les réalisations (*structures achevées de l'année considérée*) au titre des années retenues. Pour les dépenses en infrastructures, il a été tenu compte du cout global de la construction, de l'importance de la structure (*classement par*

³⁵MohandBoulahrik, *Op.cit.*, p. 21.

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

niveaux) et du délai de réalisation. Leur cout est réparti selon un pourcentage qui tient compte de la pratique en vigueur (40% pour la 1ère année et 30% pour chacune des deux dernières années). Pour les dépenses en équipements, il a été tenu compte des acquisitions de l'année considérée.

2.7 Les dépenses des autres départements ministériels

La plupart des autres départements ministériels participent de manière active aux actions de lutte contre le SIDA et le tabagisme, ils investissent dans la construction d'unités de dépistage et de suivi. Certains ministères disposent aussi de structures de soins pour la prise en charge de populations particulières à titre préventif et curatif.³⁶

3. Evaluation et analyse des dépenses de santé en Algérie

L'Algérie est actuellement confrontée à une croissance tendancielle des dépenses de santé plus rapide que celle de sa richesse nationale. Elle doit faire face dans l'avenir aux conséquences du vieillissement de sa population, qui, compte tenu de la forte concentration des dépenses individuelles de santé aux âges élevés, risque d'accentuer les tensions sur le système de soins.

3.1 Evolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB

Sur le plan international, le système de santé algérien se situe à un niveau légèrement inférieur à celui des pays à revenu intermédiaires, les dépenses nationales de santé ont connu une progression non régulière.³⁷

Tableau2: Evolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB en Algérie

Années	DNS en M.ds. DA	Taux d'évolution	DNS En % Du PIB	DNS/h en \$	DNS/habitant en DA
1990	23,66	-	5,74	-	1701
1996	87,62	270,33	3,27	110	1440
1997	100,16	14,31	3,53	120	1457
1998	113,37	13,19	3,77	145	1457
1999	128,92	13,16	3,61	137	1463
2000	155,06	20,28	3,76	132	-
2001	173,37	12,11	4,08	149	1597
2002	195,20	12,28	4,22	145	1605
2003	177,58	-9,02	3,70	154	1938
2004	208,85	17,60	4,39	167	2319
2005	196,80	-5,77	3,88	170	3243
2006	216,14	9,82	4,22	149	-
2007	222,45	2,96	4,37	173	-
2008	225,55	1,39	4,52	271	-
2009	-	-	4,99	267	-

³⁶MohandBoulahrik, *Op.cit.*,p.21.

³⁷Rapport de banque mondiale sur la santé, 2013.

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

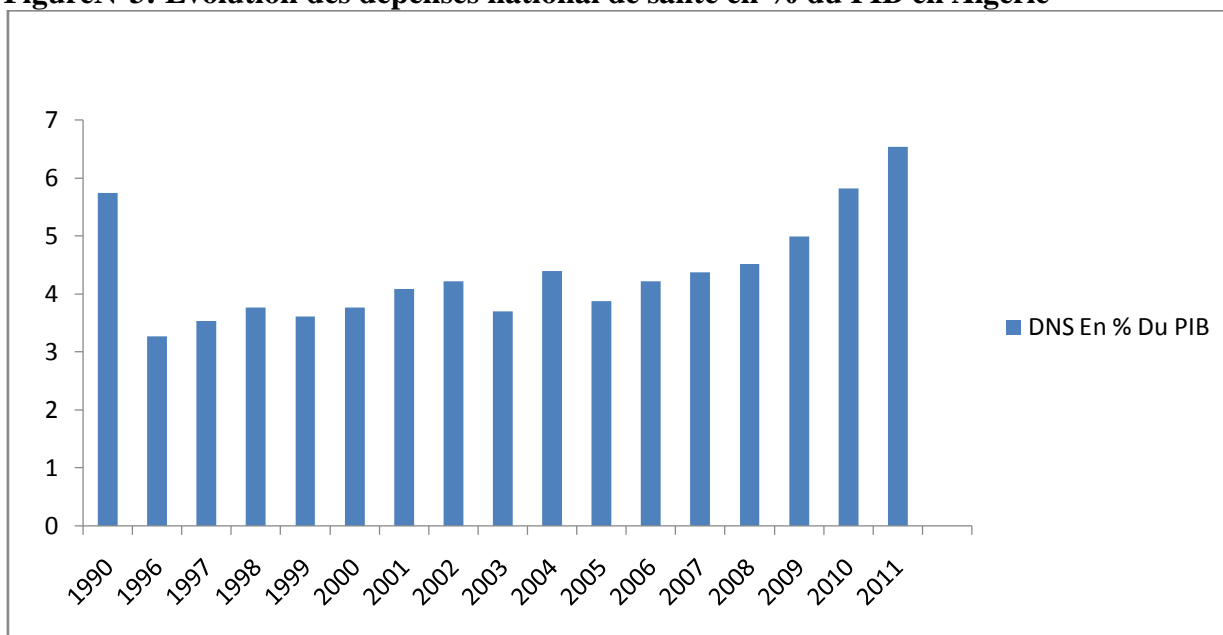
2010	-	-	5,82	332	-
2011	-	-	6,54	379	-

Sources : Les chiffres publiés par l'ONS

D'après les données du tableau relatif à l'évolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB, il convient de tirer les constats suivants :

- Une augmentation des dépenses nationales de santé, passant d'un montant de 23,66 Mds de DA en 1990 à 225,55 Mds. de DA en 2008 ;
- Les dépenses de santé en % du PIB ont connu, elles aussi une évolution durant la période étudiée.

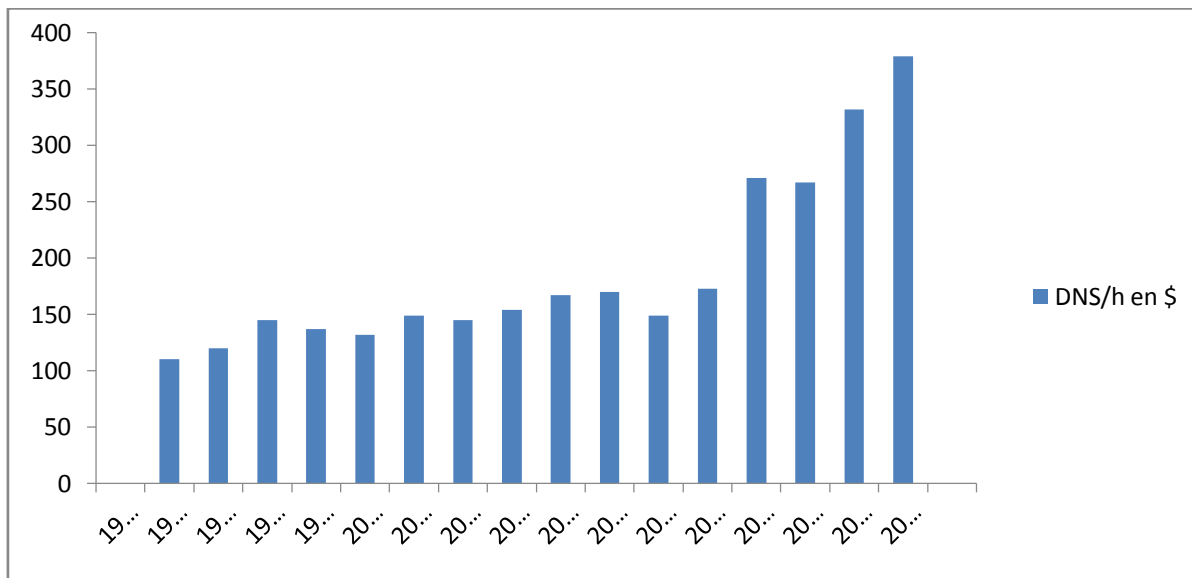
FigureN°3: Evolution des dépenses national de santé en % du PIB en Algérie



Source : réalisé par nous-même à partir des données de tableau n°3.

Les dépenses de santé en Algérie représentent une part croissante du PIB, elles ont atteint des niveaux très élevés, passant de 4,8% en 2001, à 4,52% du PIB en 2008 pour atteindre 6,54% du PIB en 2011 et cela s'explique par de multiples raisons à savoir : le vieillissement de la population, le progrès technique, l'augmentation de la densité médicale,...

Figure N°4: Evolution des dépenses national de santé par habitants en Algérie



Source : Réalisée par nous-même à partir des données du tableau n° 02.

A partir du tableau N°02 nous remarquons que les dépenses de santé par habitant n'ont pas cessé d'augmenter, passant de 111\$/h en 1996, à 149\$/h en 2001 pour atteindre en 2011 379\$/h. En raison de l'augmentation des recettes pétrolières qui ont engendré un accroissement du budget de l'Etat consacré à la santé.

Section 03 : La prise en charge des maladies chroniques en Algérie

Les maladies chroniques menacent les algériens. Les chiffres de l'office national des statistiques (ONS) sont effarants : au moins 10% ³⁸ de la population algérienne, un peu plus de trois millions de personnes, est touchée par les maladies chroniques. Les plus répandues sont l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, les maladies articulaires. Les personnes âgées sont les plus touchées et les plus exposées. En effet, la prévalence des maladies chroniques augmente de manière sensible avec l'âge, notamment auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, selon une enquête nationale à indicateurs multiples réalisée par l'ON.

La prise en charge de ces maladies pèse lourdement sur les dépenses de santé, car elle nécessite une longue et coûteuse prise en charge

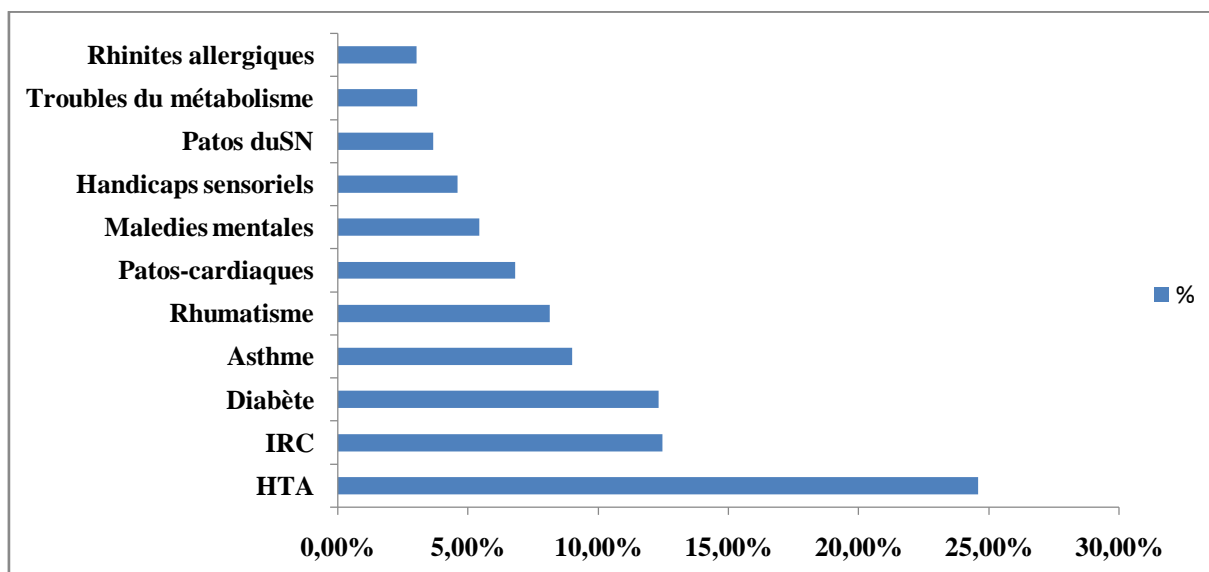
1. Les maladies chroniques classées en Algérie

D'après les études menées depuis 1990 par l'institut national de santé publique (INSP). 60% de la population serait touchée par les maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires, le diabète non insulino-dépendant, les maladies respiratoires chroniques, et les cancers sont les plus fréquents et entraînent des dépenses de santé de plus en plus élevées. Les maladies de l'appareil circulatoire tendent à se situer en première ligne de profit de morbidité des Algériens.³⁹

³⁸Hamid Guemache. « Plus de 3 millions de malades chroniques en Algérie » revue de presse 14/07/2007.

³⁹INSP. « Enquête nationale santé, transition épidémiologique et système de santé », Alger novembre 2007. p59.

Figure N°5 : La prévalence des maladies chroniques en % de la population totale en Algérie



Source : INSP : enquête national santé, transition épidémiologique et système de santé, Alger novembre 2007.P60.

Dans le graphique ci-dessus, l'hypertension artérielle (*HTA*) est la maladie qui vient largement en tête des autres pathologies chroniques avec un taux plus élevés qui est 24.58%, suivi de l'insuffisance rénale chronique (*IRC*) avec un taux de 12.46%, puis le diabète 12.33%, ensuite on trouve l'asthme 9%, et les rhumatismes 8.15%, les autres pathologies cardiovasculaires, les maladies mentales et les handicaps sensoriels sont retrouvés dans des proportion non négligeables (6.80%, 5.44% et 4.60% respectivement). Viennent ensuite autres pathologies du système nerveux, les troubles du métabolisme et les rhinites allergiques (3.66%, 3.06%, 3.03% respectivement).

1.1 La prise en charge des maladies chroniques par la sécurité sociale

La sécurité sociale est la protection qu'une société offre à la population pour leurs garantir l'accès aux soins de santé et la sécurité du revenu, en cas de vieillesse, maladies, invalidité, accident du travail, maternité ou disparition de soutien de famille.

Comme on avait cité précédemment, il existe plusieurs caisses nationales en Algérie parmi elles, on trouve ces deux caisses qui prennent en charge les maladies chroniques (*CNAS, CASNOS*).

1.2 La Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) :

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

La CNAS est la principale caisse dans le financement des soins : remboursement des frais et contribution au forfait hospitalier. Celle-ci prend en charge plusieurs maladies, dont il existe 26 affections donnant droit aux prestations en nature prises en charge à 100% :⁴⁰

- a-** La tuberculose sous toutes ses formes ;
- b-** Les psychonévroses graves ;
- c-** Les maladies cancéreuses ;
- d-** Les hémopathies ;
- e-** La sarcoïdose ;
- f-** L'hypertension artérielle maligne ;
- g-** Les maladies cardiaques et vasculaires suivantes :
 - Angine de poitrine ;
 - Infarctus du myocarde ;
 - Pontage aorto-coronarien ;
 - Remplacement valvulaire prothétique ;
 - Valvulopathie décompensée ;
 - Maladies athéromateuses évoluées ;
 - Artérite des membres inférieurs ;
 - Accidents vasculaire cérébral, méningé ou cérébro-méningé ;
 - Troubles du rythme avec stimulateur.
- h-** Les maladies neurologiques suivantes :
 - Sclérose en plaques ;
 - Syndromes extra pyramidaux ;
 - Paraplégies Hémiplégies ;
 - Epilepsies du lobe temporal, myocloniques progressives et post traumatiques
- i-** Maladies musculaires o neuromusculaires suivantes :
 - Polynévrites ;
 - Amyotrophies spinales progressives ;
 - Myopathies ;
 - Myasthénies.
- j-** Les encéphalopathies ;
- k-** Les néphropathies ;
- l-** Les rhumatismes chroniques inflammatoires ou dégénératifs suivants :

⁴⁰CNAS, « liste des 26 affections pris en charge 100% », juillet 2008. disponible sur : <https://cnas.dz/fr/liste-des-26-affections-pris-en-charge/>

- Spondylarthrite ankylosante ;
 - Polyarthrite rhumatoïde ;
 - Arthroses graves.
- m-**La périarthrite noueuse ;
- n-** Le lupus érythémateux disséminé ;
- o-** Les insuffisances respiratoires et rénales chroniques par obstruction ou restriction ;
- p-** La poliomyélite antérieure aiguë ;
- q-** Les maladies métaboliques suivantes :
- Diabète ;
 - Dyprotéïnémies ;
 - Dyslipopéidoses.
- r-** Les cardiopathies congénitales ;
- s-** Les affections endocriniennes complexes ;
- t-** Le rhumatisme articulaire aigu ;
- u-** L'ostéomyélite chronique ;
- v-** Les complications graves durables des gastrectomies et de la maladie ulcéreuse ;
- w-** La cirrhose du foie ;
- x-** La rectocolite hémorragique ;
- y-** Le pemphigus malin et le psoriasis ;
- z-** L'hydatidose et ses complications.

Le remboursement des soins médicaux et produits pharmaceutiques par la CNAS est de 80%. Et pour ce qui est des personnes atteintes des maladies chroniques, les titulaires de pension de retraite ou d'invalidité dont le revenu est égal ou inférieur au SNMG bénéficient d'une prise en charge de 100% du montant des soins.⁴¹

1.3 La Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-salariés (CASNOS)

Elle est chargée de la protection sociale des catégories professionnelles non-salariées. Les prestations médicales couvertes par la CASNOS comprennent les frais suivants :

- a-** Médicinaux ;
- b-** Chirurgicaux ;
- c-** Médicamenteux ;
- d-** D'hospitalisation ;

⁴¹Site CLEISS, « le régime algérien de sécurité sociale (salariés) », 2020 disponible sur : https://www.cleiss.fr/docs/régimes/régime_algerie_salariés.html. Consulter le 16/02/2021.

Chapitre II : Le système de santé en Algérie

- e- D'actes médicaux de diagnostic et thérapeutiques, radiologies, d'explorations biologiques ;
- f- D'appareillages et de prothèse ;
- g- D'optique médicale ;
- h- De soins et de prothèses dentaires, d'orthopédie maxillo-faciale ;
- i- De cures thermales ou spécialisées en relation avec les pathologies affectant le malade,
- j- De rééducation fonctionnelle ;
- k- De transports sanitaires ;
- l- De prestations du planning familial.⁴²

Le remboursement est porté à 80% des tarifs réglementaires pour les prestations suivantes (*reste à charge de l'assuré de 20%*)⁴³ :

- soins médicaux chez les professionnels de santé (*médecins, dentistes, auxiliaires médicaux*),
- produits pharmaceutiques,
- journées d'hospitalisation, prestations d'hôtellerie dans les cliniques privées,
- cures thermales.

Le taux de remboursement est porté à 100% des tarifs réglementaires lorsque :

- Les frais sont engagés à l'occasion de tout acte ou série d'actes affecté à la nomenclature des actes professionnels d'un coefficient égal ou supérieur à K50 ;
- Les frais engagés concernant la fourniture de sang, de plasma et dérivés ;
- Les actes et produits relatifs à la contraception ainsi que les accouchements dystociques, suites de couches pathologiques et placement en couveuse des enfants prématurés ;
- Le bénéficiaire est atteint d'une maladie chronique (*26 affections de longue durée*) ;
- Le bénéficiaire est titulaire d'une pension de retraite ou d'invalidité dont le revenu est égal ou inférieur au Salaire National Minimum Garanti (*SNMG*).
- Les ayants droit d'un travailleur décédé bénéficient du maintien des prestations.⁴⁴

Le tiers payant dispense l'assuré de l'avance des frais (*totalité ou ticket modérateur/ reste à charge*) délégués dans un établissement conventionné avec la CASNOS. Les prestations prises en charge par le biais du tiers payants sont :

- Les produits pharmaceutiques inscrits dans la liste des produits remboursables ;

⁴²*Idem.*

⁴³*Idem.*

⁴⁴Site CLEISS, *Op.cit.* « le régime algérien de sécurité sociale (salariés) », 2020 disponible sur : https://www.cleiss.fr/docs/régimes/régime_algerie_salariés.html. Consulter le 16/02/2021.

- Les séances d'hémodialyse ;
- La chirurgie cardio-vasculaire ;
- Les cures thermales en relation avec une pathologie ;
- L'appareillage lorsqu'il est fourni par l'Organisme Public d'Appareillage (ONAAPH),
- Le transport sanitaire.

Certains actes chirurgicaux en radiologies ainsi que l'hémodialyse peuvent être pris en charge dans des cliniques privées conventionnées avec la CASNOS.

2. La prise en charge par les œuvres sociales

Les œuvres sociales c'est toutes les actions ou réalisations tendant à contribuer à l'amélioration du bien-être physique et moral des travailleurs par un complément à la rémunération du travail sous forme :

- de prestations en matière de santé ;
- de logement ;
- de culture et de loisirs.

En règle générale, toutes mesures à caractère sociale visant à faciliter la vie quotidienne du travailleur et de sa famille. Celle-ci est complémentaire à des actions de l'Etat.⁴⁵

A titre d'exemple, la commission des œuvres sociales de l'Université de Boumerdes « *M'Hamed Bougara* » avait prévu de réaliser les actions énumérées par 11 chapitres en 2016, parmi on trouve l'avenant médical qui contient un article pour aide en guise d'assistance médicale aux salariés entrant dans les cas suivants :

- Salarié ou enfant(s)handicapé(s) à un taux de 80% et plus (*et autisme*) : montant de l'aide =20. 000 ,00 DA par ans ;
- Salarié ou ayant droits, soumis à des séances d'hémodialyse ou de chimiothérapie montant de l'aide =50. 000,00 DA (*non bénéficiaire de la convention*) ;
- Salarié, conjoint, ou enfant du salariée nécessitant une intervention chirurgicale : montant de l'aide =50 % du cout total jusqu'à concurrence de 100.000,00DA ;
- Analyse médicale, les radios et séances de rééducations physiques sont present en charge à 50% du cout total jusqu'à concurrence de 50.000,00DA. Seules les factures dépassant 3.000 ,00DA sont prise en charge.⁴⁶

⁴⁵Ministère du travail, « *journal officiel de la république Algérienne* », Décrète « *article 2* », 18mai1982, PDF.

⁴⁶Commission des œuvres sociales, « programme d'action 2016/2019 » ; Université de Boumerdes : M'HAMED BOUGARA, disponible sur : <https://www.univer-boumerdes.dz/programme-action-2016-2019/programme.pdf>

Conclusion du chapitre 02

Le système de santé en Algérie est financé essentiellement par l'État, la sécurité sociale ainsi qu'une participation des ménages. Aujourd'hui, la charge devient trop pesante, surtout pour les moins nantis et les plus démunis. L'Etat doit impérativement chercher d'autres ressources de financement pour améliorer l'accessibilité financière aux assurés sociaux, en général, et à cette catégorie d'utilisateurs, en particulier, en leur assurant une qualité de prise en charge appropriée à un coût supportable pour la collectivité.

L'organisation du système de santé fait ressortir de nombreux dysfonctionnements. Et cela malgré tous les efforts consentis à ce jour, l'offre sanitaire algérienne reste inférieure aux besoins du pays, tant en ce qui concerne les équipements et le matériel médical, qu'en personnel médical qualifié ainsi qu'à l'offre en médicament. En plus, et malgré tous les efforts, l'Algérie continue à dépendre de l'étranger pour assurer le fonctionnement normal du secteur

En Algérie l'augmentation des dépenses relève de plusieurs facteurs, l'accroissement considérable de la longévité donnant lieu aux maladies chroniques et celles dégénératives, dont les coûts de traitement sont élevés et de longue durée, le développement de l'offre de soins, sa diversification et son degré de spécialisation accentués, incorporant des technologies innovantes, sont des facteurs qui favorisent.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Introduction du chapitre 03

Les attentes de la population en matière de santé sont immenses. Les établissements sanitaires essaient de répondre au mieux à leurs attentes et leurs offrir des prestations de qualité avec les ressources dont ils disposent, ils ne visent pas à utilisés moins (*les ressources disponibles sont là pour être utilisées*), mais à dépenser mieux.

Nous avons effectués un stage pratique au niveau du Centre Hospitalo-universitaire CHU Tizi-Ouzou qui est une entité administrative dotée d'une autonomie financière et de la personnalité juridique. Chaque année le CHU reçoit de la part de l'Etat un patrimoine d'affectation (*ressource autrement dit contribution de l'Etat*) en vue de réaliser une mission d'intérêt général ou d'assurer une obligation des services publics.

L'absence de contraintes financières avaient favorisées un accès élargi des populations aux soins entraînant une forte augmentation des dépenses de santé, due à la fois à l'inflation des prix des médicaments, à l'évolution épidémiologique et le manque de visibilité quant aux contributions des différents intervenants dans le financement.

Le financement des établissements publics de santé revêt une particularité spéciale, du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale et, celle des ménages. Nous avons réparti ce chapitre en trois sections afin de répondre sur la problématique posée.

La première section consiste sur prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (*IRCT*) en Algérie.

La deuxième section est consacrée pour la présentation de l'établissement sanitaire CHU Tizi-Ouzou, et les deux services où on avait effectué notre stage pratique (*Néphrologie et contrôle et d'analyse et évaluation des coûts*).

Enfin la troisième section est consacrée à l'analyse des coûts de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (*IRCT*).

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Section 01 : Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en Algérie

Au début des années 1970, l'Algérie faisait face à d'énormes dépenses financières pour la mise en place des grandes entreprises publiques, et de nombreux projets d'infrastructures dans le cadre de la politique des industries industrialisantes. Même avec l'importance des recettes pétrolières de l'époque, le recours à l'endettement extérieur était inévitable, une démarche qui a rendu la réalisation de ces projets très difficiles notamment pour les secteurs publics non lucratifs tels que l'éducation, et la santé.

L'insuffisance des structures sanitaires et d'un potentiel humain adéquat durant notamment la première décennie du post indépendance, l'Algérie n'était pas en mesure de prodiguer les soins localement, notamment pour les patients atteints de pathologies lourdes.

Cependant dans cette section nous allons voir l'évolution de l'IRCT en Algérie et les mesures prises par les pouvoirs publics afin d'y remédier à cette situation.

1. L'évolution de l'IRCT en Algérie

La maladie rénale chronique que l'on nomme insuffisance rénale chronique (*IRC*) se définit soit par une atteinte rénale (*histologique, sédiment urinaire anormal, imagerie pathologique*); soit par un taux de filtration glomérulaire (*GFR, glomerular filtration rate*) inférieur à 60 ml/min/1,73M² pendant une durée de trois mois au minimum.¹ L'IRC aboutissant à l'insuffisance rénale chronique terminale (*IRCT*), nécessitant une dialyse ou une transplantation est un problème de santé publique majeur.

¹MALIKA BOUALI - BENHALIMA. « *Traitement de l'insuffisance rénale chronique au stade terminal (IRCT) en Algérie : D'une belle genèse à la triste réalité* », 08/03/2020, disponible sur : <https://www.elwatan.com/> consulter le 22/02/2021.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

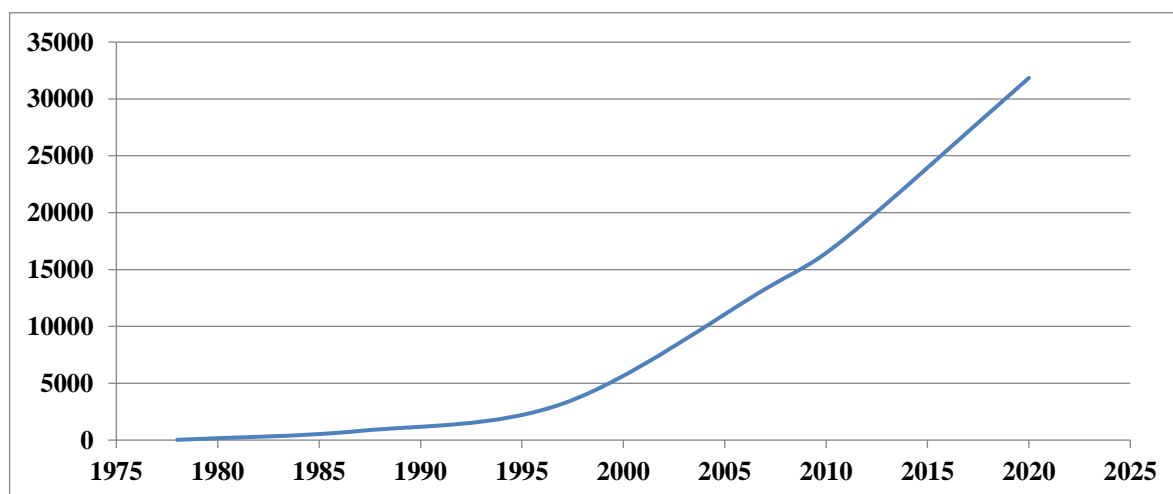
Tableau N° 3 : Evolution de nombre de personnes atteintes de l'IRCT en Algérie 1978 - 2020 avec la thérapie d'épuration extrarénale (HD et DPCA)

Années	Nombre de patients
1978	20
1987	805
1992	1894
1997	3198
1999	4200
2000	4120
2001	4301
2003	5711
2004	6351
2005	10183
2007	13286
2008	12352
2009	17038
2010	17293
2011	17831
2020	31850

Source : tableau réalisé par nos soins selon les différents documents consultés ; MSPRH entre 1978 et 2011, Pr. Ahsène ATIK Chef de Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU et Faculté de Médecine d'Annaba.

Le tableau ci-dessus montre l'évolution de nombre de personnes atteintes de l'IRCT en Algérie depuis 1978 jusqu'à 2020, cette évolution reflète le poids de cette pathologie sur les patients et également sur l'Etat en ce qui concerne la prise en charge financière.

Figure N° 6 : Evolution du nombre de patients IRCT en Algérie (1978/2020)



Source : Conception personnelle à partir des données du tableau n° 3

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

La figure ci-dessus illustre l'évolution du nombre de patients de l'IRCT en Algérie depuis 1978 à 2020, dans les années 1970 le nombre de patients été d'une vingtaine, mais l'évolution de ce chiffre avait commencée à s'apercevoir dans l'année 2000, durant les années qui ont suivi, les malades atteints de la pathologie de l'IRCT n'ont cessé d'évoluer et on enregistre 17831 en 2011 et un plafond de 31850 en 2020.

2. Modes de traitement de l'IRCT en Algérie

Le traitement de l'IRCT en Algérie a débuté juste avec l'émergence de cette maladie sur le territoire national durant les années 1970.

Au début, avec le manque de moyens adaptés à la prise en charge de l'IRCT, une partie des patients était condamnée à l'exil thérapeutique en France. La détermination et la fermeté de cette action au profit des malades à bien été entendue par les responsables du pays. Il était nécessaire d'offrir des soins.

Avec le développement des infrastructures et les modes de traitement de l'IRCT, l'Algérie a mis en place trois modes de traitement.

a. La transplantation rénale

Le choix entre les différentes modalités de traitement de l'IRCT dépend du contexte médical de l'insuffisance rénale, mais en Algérie le traitement est lié à l'offre de soins qu'à un choix médical ou à une préférence du patient. La transplantation rénale est l'issue la plus sûre afin que le malade soit guéri de l'IRCT et mettre des limites à sa souffrance.

Le projet de la transplantation rénale a été lancé au milieu des années 1980, et la première greffe rénale a été faite en 1986 au CHU Mustapha à Alger².

Tableau N° 4 : L'évolution du nombre de patients greffés de 2005 jusqu'à 2020 en Algérie

Années	Nombre de patients greffés
2005	94
2007	116
2008	112
2009	87
2010	68
2011	133
2020	2694

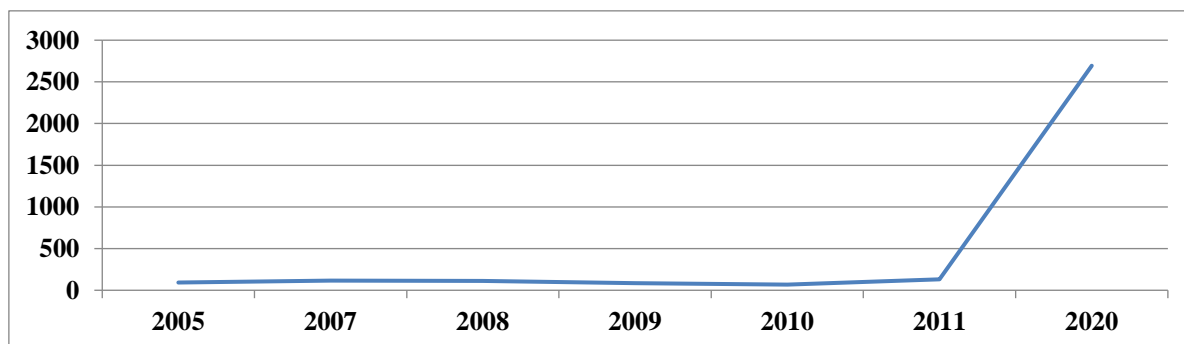
²MALIKA BOUALI - BENHALIMA. *Op.cit.*

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Source : tableau réalisé Par nos soins selon les différents documents consultés ; MSPRH entre 1978 et 2011, Pr. Ahsène ATIK Chef de Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU et Faculté de Médecine d'Annaba.

Le tableau ci-dessus, montre l'évolution de nombre de patients greffés en Algérie depuis 2005 jusqu'à 2020, cette évolution reflète le poids de cette pathologie sur les patients et également sur l'Etat en ce qui concerne la prise en charge financière.

Figure N° 7 : L'évolution du nombre de patients greffés de 2005 jusqu'à 2020 en Algérie



Source : Conception personnelle à partir des données du tableau n° 4

La figure ci-dessus représente l'évolution du nombre de patients greffés de 2005 jusqu'à 2020 en Algérie. Depuis 2005 ce nombre est resté approximativement le même, mais à partir de 2011 le nombre a connu une augmentation importante avec 2561 patients greffés.

b. L'hémodialyse

En Algérie la quasi-totalité des malades atteints de l'IRCT sont traités par l'hémodialyse.

Tableau N° 5 : L'évolution du nombre de patients traités en hémodialyse depuis 1978 jusqu'à 2020

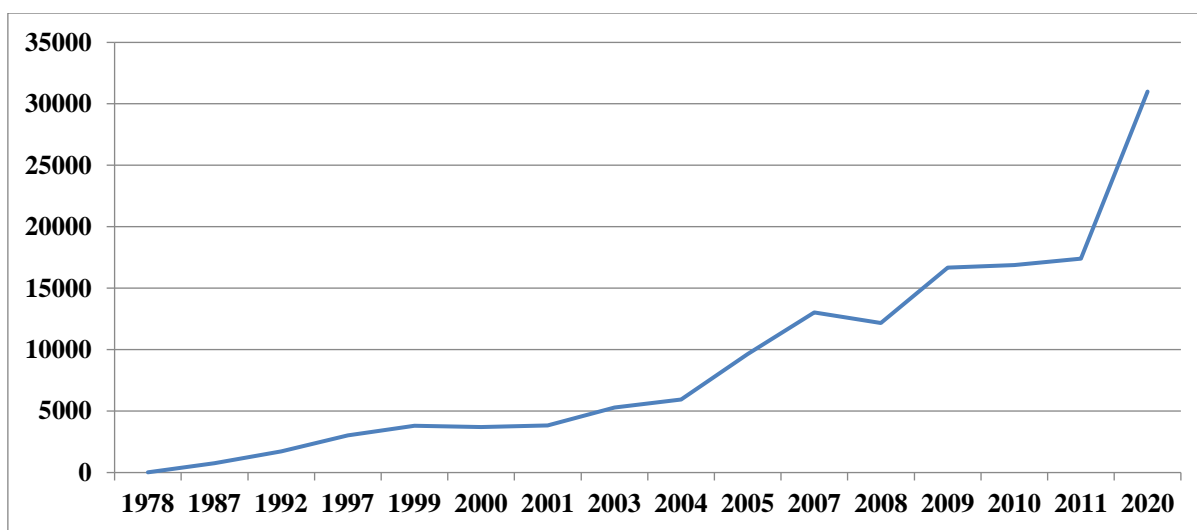
Années	Nombre de patients en hémodialyse
1978	20
1987	760
1992	1720
1997	3020
1999	3800
2000	3700
2001	3841
2003	5291
2004	5951
2005	9633
2007	13032
2008	12157
2009	16687
2010	16896
2011	17416
2020	31000

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Source : tableau réalisé Par nos soins selon les différents documents consultés ; MSPRH entre 1978 et 2011, Pr. Ahsène ATIK Chef de Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU et Faculté de Médecine d'Annaba.

Le tableau ci-dessus illustre l'évolution du nombre de malades sur plusieurs années (1978-2020), il démontre une évolution très importante entre 1978 et 2020 avec un nombre de 3080 patients, un nombre très lourd pour l'Etat en matière de prise en charge.

Figure N°8:L'évolution du nombre de patients traités en hémodialyse depuis 1978 jusqu'à 2020



Source : Conception personnelle à partir des données du tableau n° 5

La figure ci-dessus montre l'évolution du nombre de patients traités en hémodialyse depuis 1978 à 2020, une augmentation très importante depuis 1978 où ils étaient de 20 malades jusqu'à 2020 avec un nombre de 31000 patients. Un écart de 42 ans qui n'a connu qu'une amplification de la pathologie de l'IRCT.

a. La dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)

C'est l'un des traitements de l'IRCT, il constitue une prise en charge moins pesante sur l'Etat et la sécurité sociale par rapport à l'hémodialyse mais ça reste comme même une dépense incluse dans la prise en charge.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

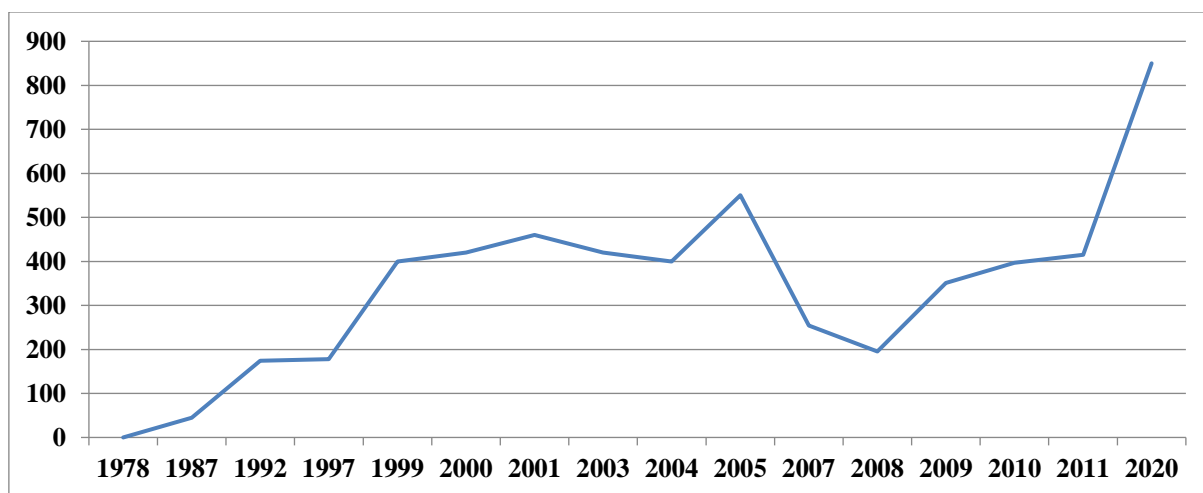
Tableau N° 6:L'évolution du nombre de patients traités par DPCA depuis 1978 jusqu'à 2020

Années	Nombres de patients par DPCA
1978	0
1987	45
1992	174
1997	178
1999	400
2000	420
2001	460
2003	420
2004	400
2005	550
2007	254
2008	195
2009	351
2010	397
2011	415
2020	850

Source : tableau réaliser Par nos soins selon les différents documents consultés ; MSPRH entre 1978 et 2011, Pr. Ahsène ATIK Chef de Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU et Faculté de Médecine d'Annaba.

Le tableau ci-dessus représente l'augmentation des patients par DPCA depuis 1978 jusqu'à 2020, un écart de 42 ans qui est caractérisé par la progression de l'IRCT ce qui a fait une augmentation des malades qui été de 0 en 1978 puis 850 en 2020, cela à provoquer une hausse dans les dépenses en ce qui concerne ce traitement.

Figure N°9: L'évolution du nombre de patients traités par DPCA depuis 1978 jusqu'à 2020



Source : Conception personnelle à partir des données du tableau n° 6

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

La figure ci-dessus illustre l'évolution du nombre de patients traités par DPCA depuis 1978 à 2020, une augmentation considérable depuis 1978 à 2001, et à partir de cette année jusqu'à 2007 le nombre de malades avaient connu une baisse où ils étaient à 254 patients, et depuis l'accroissement de ceux-ci est d'une importance immense jusqu'à 2020 avec 850 malades.

b. Nombre de centres de traitement de l'IRCT en Algérie

Le nombre de centre spécialisés dans la prise en charge de l'IRCT a connu une évolution très remarquable en Algérie. A noter que ces centres s'occupent de plusieurs aspects de traitement et notamment l'hémodialyse.

a. Nombre de centres publics de traitement de l'IRCT en Algérie

Les premiers centres d'hémodialyse en Algérie ont vu le jour au CHU Mustapha à Alger, le second à Constantine en réanimation polyvalente au CHU Ben Badis. Au fur et à mesure que les premiers néphrologues algériens formés revenaient, de nouveaux centres voient le jour.³

Tableau N° 7: Evolution de nombres de centre d'HD publics en Algérie

Années	Nombre de centres publics
2005	104
2007	126
2008	138
2009	151
2010	152
2011	120
2013	134
2017	165
2020	240

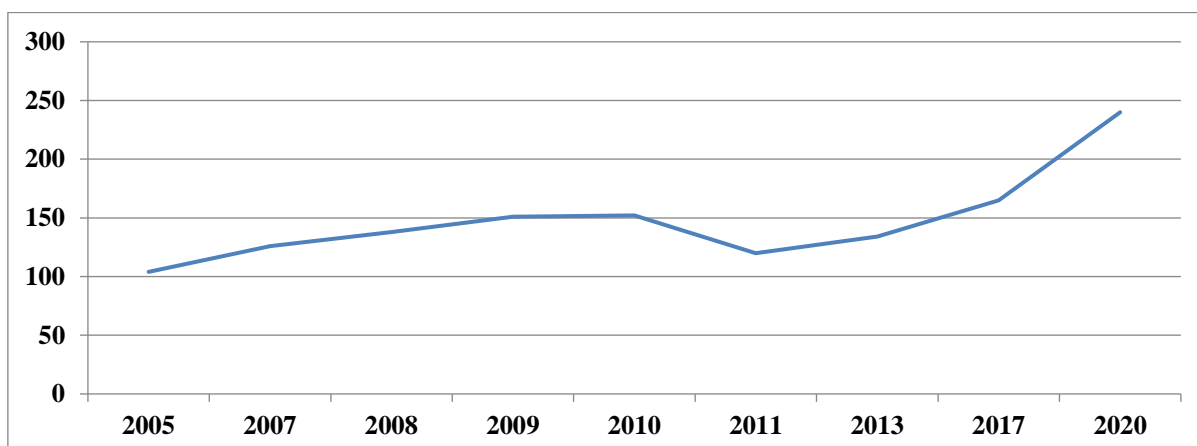
Source : Tableau réalisée par nos soins à partir des données de ministère de la santé, de la population et de réforme hospitalière.

Le tableau ci-dessus représente évolution de nombres de centres d'HD publics en Algérie depuis 2005 jusqu'à 2020.il démontre une évolution importante de nombres de centres d'HD publics entre (2005-2020).Cela s'explique, par l'augmentation des insuffisants rénaux chroniques terminaux chaque *année*.

³ F.H. « *le formidable essor de l'hémodialyse en Algérie* », disponible sur : <https://www.liberte-algerie.com/contribution/le-formidable-essor-de-lhemodialyse-en-algerie-242459> consulter le: 22/02/2021

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Figure N° 10 : Evolution du nombre de centre d'HD publics en Algérie



Source : Fait par nos soins à partir du tableau N°7

La figure ci-dessus représente l'évolution du nombre de centre d'HD publics en Algérie depuis 2005 jusqu'à 2020, où on constate une évolution considérable dans les infrastructures publics destinées à la prise en charge des malades de l'IRCT.

b. Nombre de centres privés de traitement de l'IRCT en Algérie

Dès 2004, les caisses de sécurité sociale, CNAS et CASNOS se sont progressivement impliquées de manière efficace dans la prise en charge financière de l'IRCT. Cette implication des caisses de sécurité sociale a encouragé la mise en place des centres d'HD privés sur le territoire national avec des conventions signées entre les deux partenaires.

Tableau N° 8 : Evolution de nombres de centre d'HD privés en Algérie

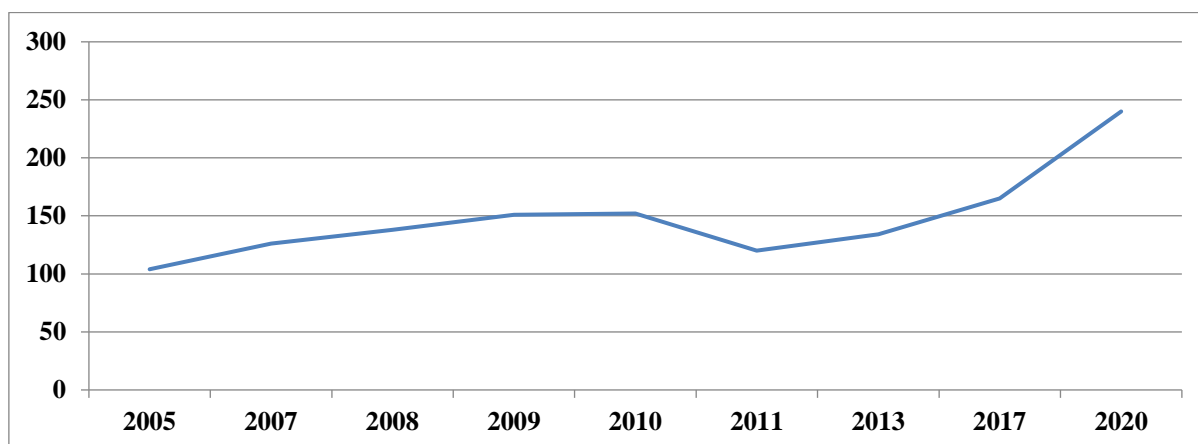
Années	Nombre de centres privés
2005	48
2007	57
2008	75
2009	100
2010	107
2011	154
2013	160
2017	175
2020	200

Source : Tableau réalisée par nos soins à partir des données de ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Le tableau n°8 ci-dessus illustre l'évolution de nombres de centres d'HD privés en Algérie depuis 2005 jusqu'à 2020. L'augmentation de centres d'HD privé s'explique d'une part le nombre croissant des personnes atteintes de l'insuffisance rénale chronique, d'autres part, les centres d'hémodialyse publics sont peu nombreux et ne répondent pas aux besoins des patients au stade terminal de l'insuffisance rénale chronique.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Figure N°11 : Evolution de nombre de centre d'HD privés en Algérie



Source : Fait par nos soins à partir du tableau n°8

La figure ci-dessus illustre l'évolution du nombre de centre d'HD privés en Algérie de 2005-2020, une amélioration remarquable dans ces infrastructures privés suite à la surcharge des centres d'HD publics à cause de l'évolution continue des malades atteints de l'IRCT.

c. Nombre de centres de traitement de l'IRCT dans la wilaya de Tizi-Ouzou

A l'instar des autres wilayas, Tizi-Ouzou s'est dotée de son premier centre d'hémodialyse durant la période 1978/1983. Selon les données de 2013, la structure de ces centres spécialisés dans la wilaya est faite ainsi :⁴

- Nombre de centre fonctionnels à Tizi-Ouzou en 2013 :
 - Quatre (04) centres publics avec 58 générateurs ;
 - Cinq (05) centres privés avec 97 générateurs.

Au total, en 2013 Tizi-Ouzou est dotée de 09 centres d'HD avec 155 générateurs.

- Centres d'hémodialyse privés sans convention avec la CNAS :
 - Centre à Azazga, disposant de 14 générateurs
- La réalisation de deux centres d'hémodialyse à Tizi-Ouzou en 2013 avec 33 générateurs.
- Cinq cliniques sont conventionnées avec la CASNOS.
- Les établissements hospitaliers privés qui disposent d'une autorisation de la spécialité de la néphrologie et de l'hémodialyse : clinique SLIMANA, centre d'hémodialyse « *Dr BACHATENE* », clinique Tizi REINDIAL, clinique LES AMANDIERS, centre d'hémodialyse « *Dr BOUKAIS* ».

⁴ Ministère de la Santé, de la Population et de la Reforme Hospitalière Direction de la Santé et de la Population de la Wilaya de Tizi Ouzou, santé cliniques privées, pdf consulter le 22/02/2021

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Section 02 : Présentation de l'organisation d'accueil CHU Tizi-Ouzou

Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public qui gère des structures sanitaires de la de Tizi-Ouzou dans la grande Kabylie en Algérie, il relève de la direction de la santé et de la population de la wilaya de Tizi-Ouzou.

1. Présentation du Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou

Le Centre Hospitalo-universitaire (*CHU*) de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1000 lits organisés, répartis en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatre wilayas (*Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdes, Bouira*) dont la demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région à l'instar des autres régions du pays.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement qui couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants. En plus de sa vocation hospitalière, il assure la formation.⁵

1.1 L'historique du centre hospitalo-universitaire CHU Tizi-Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré précisément le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales. En 1974, l'hôpital régional de TIZI-OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées. En 1982, le secteur sanitaire de Tizi-Ouzou se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (*SSU*) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire. Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, crée par le décret n°86/25 du 11 février 1986. Le siège du CHU de Tizi-Ouzou est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed.⁶

1.2 Les missions principales du CHU

Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en sciences médicales, les missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'étude et de recherche.

⁵ Document interne du CHU, service informatique.

⁶ Site du Centre Hospitalo-universitaire CHU Tizi-Ouzou, disponible sur : [chuto.dz/organisation CHU/historique-chu.php](http://chuto.dz/organisation%20CHU/historique-chu.php) consulter le 31janvier2021

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

1.2.1 En matière de santé

- Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé et de la population ;
- Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.⁷

1.2.2 En matière de formation

- Assurer en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.
- Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé⁸.

1.2.3 En matière de recherche

Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé.

Organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de la santé.⁹

⁷ Site du Centre Hospitalo-universitaire CHU Tizi-Ouzou, disponible sur : [chuto.dz/organisation CHU/mission.php](http://chuto.dz/organisation%20CHU/mission.php) consulter le 31 janvier 2021.

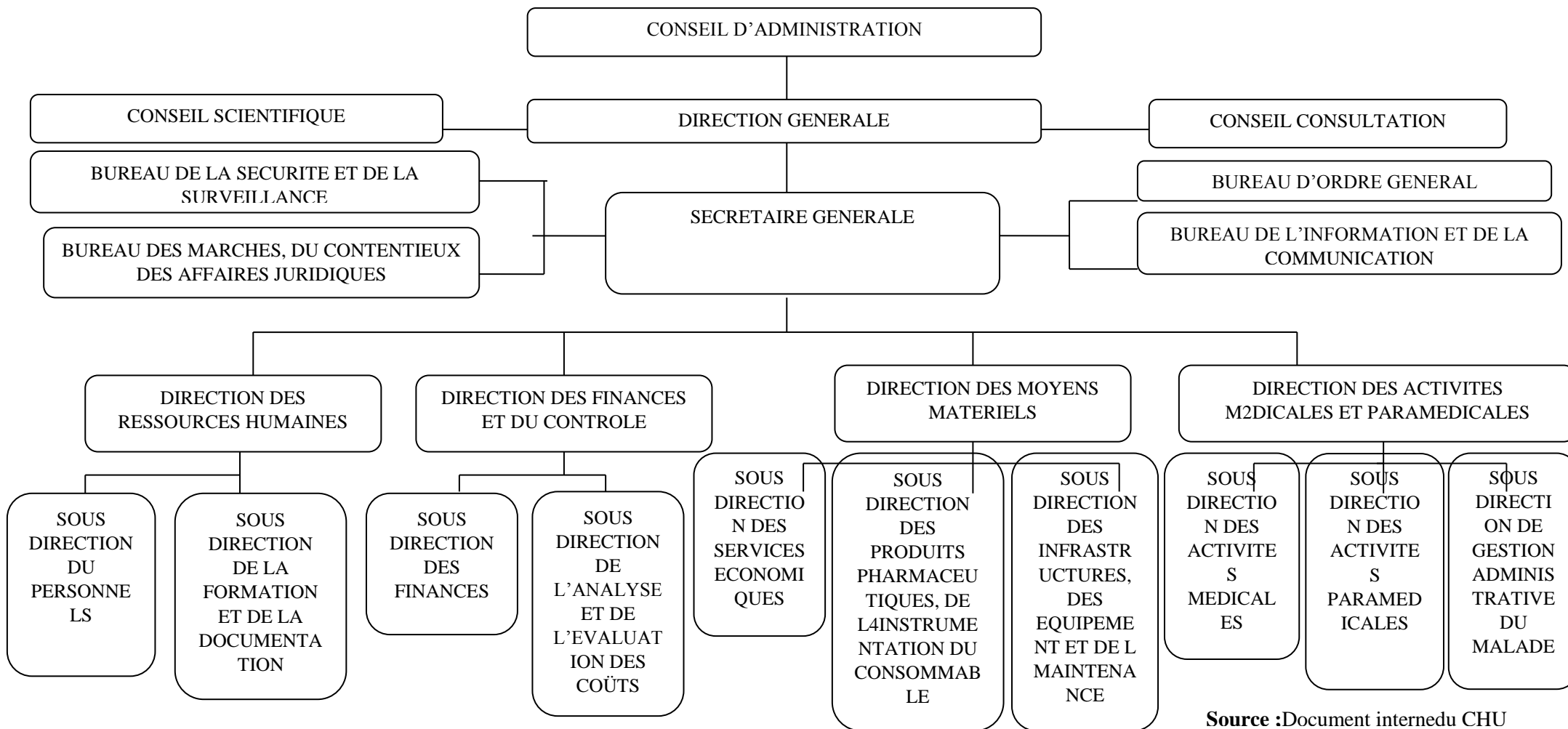
⁸ Site du CHU, Op, Cit.

⁹ Site du CHU, Op, Cit.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

1.3. Organigramme du CHU Tizi-Ouzou

Figure N°12 : Organigramme du CHU Tizi-Ouzou



Source : Document interne du CHU

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

2. Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est constitué de deux unités :

- L'UNITE Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed ;
- L'UNITE BELLOUA.

2.1 Unité NEDIR Mohamed

Elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades. On distingue plusieurs services dont :

Tableau N° 9 : Les différents services d'hospitalisation

Service médicaux	Nombre de lits
Médecine interne	39
Cardiologie	34
Hématologie	40
Réanimation médicale	12
Réanimation chirurgicale	07
Pédiatrie	58
Néonatalogie	30
Maladies infectieuses	32
Psychiatre	10
Néphrologie	18
Hémodialyse	28
Service chirurgicaux	51
Chirurgie viscérale	
Traumatologie	42
Neurochirurgie	47
Urologie	24
Chirurgie infantile (CCI)	32
Total	504

Source : service informatique du CHU

Le tableau ci-dessus présente les différents services d'hospitalisation (17 services) au sein du CHU Tizi-Ouzou et le nombre de lits dont ils disposent (504 lits).

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Tableau N°10: La capacité de l'unité médico-chirurgicale en lits d'hospitalisation

Unité Médico-Chirurgicales	Nombre de lits
Unité de chirurgie	44
Unité de médecine	12
Unité de pédiatrie	10
Total	66

Source : réaliser par le service informatique du CHU

Le tableau ci-dessus montre la capacité de l'unité médico-chirurgicale en lits d'hospitalisation, où on distingue trois unités avec une capacité de 66 lits.

Tableau N°11: Les services chirurgicaux

Salles opératoires	Services chirurgicaux	Nombre de salles
	Chirurgie viscérale	03
	Traumatologie	03
	Neurochirurgie	02
	Urologie	03
	CCI	03
	Blocs des urgences	05
	Total	19

Source : réaliser par le service informatique du CHU

Le tableau ci-dessus distingue les différents services chirurgicaux du CHU Tizi-Ouzou avec un nombre de salles opératoires qu'on y retrouve (19 salles).

Tableau N°12: Service de chirurgie dentaire

Service de Chirurgie Dentaire	Services	Consistance
	<ul style="list-style-type: none"> • Dentisterie opératoire • Pathologie bucco-dentaire • Prothèse dentaire • Ortho-dentisterie-faciale • Odontologie conservatrice 	Clinique de 50 fauteuils dentaires

Source : réaliser par le service informatique du CHU

Le tableau ci-dessus représente le service de la chirurgie dentaire avec les spécialités existantes, et c'est un service qui dispose d'une capacité de 50 fauteuils dentaires.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Tableau N° 13 : Autres spécialités au sein CHU

Autres services	<ul style="list-style-type: none">✓ Médecine du travail✓ Médecine légale✓ Epidémiologie et médecine préventive✓ SAMU✓ HAD : Hospitalisation à domicile
------------------------	--

Source : réaliser par le service informatique du CHU

Le tableau ci-dessus démontre les autres services existants au centre hospitalo-universitaire.

2.1.1. Autres services existants

a- Explorations Biologiques : les Structures existantes sont :

- Laboratoire de biochimie ;
- Laboratoire de microbiologie parasitologie ;
- Laboratoire d'anatomie pathologique ;
- Laboratoire d'hémodiologie ;
- Centre de transfusion sanguine ;
- Laboratoire de cytogénétique.¹⁰

b- Exploration Endoscopique :

- Unité d'endoscopie digestive.

c- Les Consultations Spécialisées : Les consultations spécialisées de l'unité Nedir sont les suivantes :

- Médecine Interne ;
- Cardiologie ;
- Néphrologie ;
- Chirurgie Générale ;
- Chirurgie Traumatologie ;
- Urologie ;
- Chirurgie Infantile ;
- Neuro-Chirurgie ;
- Pédiatrie et Kinésithérapie ;
- Hématologie ;
- Psychologie ;

¹⁰ Document interne du CHU, service informatique.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

- Endocrino-diabétologie ;
- Anesthésie Réanimation ;¹¹

d- Infectieux

Autonomisation des Consultations Spécialisées en matière de fonctionnement par la mise en place :

- Radiologie ;
- Biologie.

e- Création d'une cellule d'écoute et d'orientation des malades cancéreux :

Bloc pédagogique dont :

- Un amphithéâtre ;
- Une Bibliothèque ;
- Une Médiathèque ;
- Une Salle de Réunion.¹²

2.2. Unité BELLOUA

L'Unité BELLOUA « *Ex SANATORIUM* » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, superficie du site 62 500 m², constitue en quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés.¹³

Tableau N°14: Le nombre de salles opératoires du CHU

	Service	Nombre de salles	Observations
Salles opératoires	Gynécologie	03	Communs à toutes les Spécialités
	ORL	03	
	Ophtalmologie	03	
	Chirurgie thoracique et vasculaire	02	autonomes
	Total		11
Nombre total de salles opératoires du CHU : 30			

Source : réaliser par le service informatique du CHU

Le tableau ci-dessus représente le nombre de salles opératoires du CHU (30 salles), dont 11 salles avec une spécification des services.

¹¹ Document interne du CHU, *Op.cit.*

¹²*Idem*, service informatique

¹³*Idem.*

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Tableau N°15: Ressource humaine (*médecins*)

Médecins	Effectif
Professeurs	14
Docents	18
Maitres assistants	143
Praticiens spécialistes assistants	189
Médecins généralistes	109
Chirurgiens Dentistes Généralistes	38
Pharmaciens Généralistes	10
Médecins résidents	460
Total	981

Source : réaliser par le service informatique du CHU

Le tableau ci-dessus représente le nombre de médecins du CHU avec un total d'effectif qui est égale à 981.

Tableau N°16: Ressource humaine (*paramédicaux*)

Effectifs des paramédicaux et psychologues	
Psychologues Principaux	02
Psychologues Santé Publique	20
Infirmiers de Santé Publique	1045
Total général	1067
Total des départs du personnel paramédical depuis 2006 est de 218 dont <ul style="list-style-type: none"> • 120 de départs à l'étranger • 98 retraités 	

Source : réaliser par le service informatique du CHU

Le tableau ci-dessus démontre le nombre d'effectifs des paramédicaux et psychologues au sein de l'établissement avec un total de 1067, en précisant le départ de 218 paramédicaux, dont 120 de départs à l'étranger et 98 retraités.

Tableau N°17: Ressource humaine (*personnels administratifs et autres*)

Personnel administratif et autres	2013
Personnels administratifs	191
Personnels techniques	36
Ouvriers professionnels	452
Conducteurs auto	27
Personnels vacataires CDD+CDI	690
Agents prévention sécurité	43
Total	1439

Source : réaliser par le service informatique du CHU

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Le tableau ci-dessus représente le nombre du personnel administratif et autres en 2013, avec un total de 1439.

3. Service Néphrologie

Il existe une quarantaine de services au sein du CHU Tizi-Ouzou, dont on retrouve le service de la néphrologie, qu'on peut présenter comme un service avec un rôle primordial dans la prise en charge de la maladie du rein.

Une partie de notre stage pratique a été effectuée dans ce service, dans lequel on a pu collecter des informations vitales concernant l'IRCT, et le suivi des patients qui subissent l'hémodialyse.

3.1 Présentation de la spécialité

La néphrologie correspond au domaine médical qui s'occupe des soins contre les maladies des reins, jouant un rôle fondamental dans la filtration du sang. Elle est appliquée par un néphrologue, qui lutte par exemple contre les symptômes mineurs (présence de sang dans les urines) jusqu'à des troubles plus graves, comme l'insuffisance rénale, palliée par une dialyse.

La néphrologie concerne aussi bien des pathologies primaires (*défaillance émanant directement du rein*) que des symptômes secondaires (*dans le cas d'un diabète par exemple*).¹⁴

Le service de la néphrologie est dirigé par un médecin chef, un chef d'unité et enfin un coordinateur paramédical.

3.2 Différentes activités du service

Qui sont :

- Exploration rénale ;
- Hémodialyse ;
- Dialyse péritonéale : suivi des malades en dialyse péritonéale ;
- Transplantation rénale ;
- Suivi des insuffisants rénaux en pré dialyse ;
- Ponction Biopsie Rénale.¹⁵

¹⁴ Site du Centre Hospitalo-universitaire CHU Tizi-Ouzou, disponible sur : chuto.dz/organisation_chu/service-nehrologie.php consulter le 31 janvier 2021.

¹⁵ Site du CHU, *Op.cit.*

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

3.2.1 Pathologies traitées

On distingue :

- L'hypertension artérielle (*HTA*) chronique ;
- Diabète et ses complications rénales ; Pathologie glomérulaires primitives et secondaires ;
- Maladie de système ;
- Insuffisance rénale chronique et aigue ;
- Plasmaphérèse pour pathologies générales ;
- Transplantation rénale.¹⁶

3.2.2 Unité hospitalisation

On distingue :

- **Unité Femmes** : 09 lits ;
- **Unité Hommes** : 09 lits ;
- **Unité d'Hémodialyse** :
 - A : 14 générateurs ;
 - B : 13 générateurs.¹⁷

Dont aussi : les consultations d'urgences de néphrologie, consultation de dialyse péritonéale, consultations des transplantés rénaux.

4. Service de contrôle et d'analyse et évaluation des coûts

La création du service a été faite par un arrêté interministériel du 26 avril 1998¹⁸ fixant l'organisation administrative des centres hospitalo-universitaires, Le service est géré par un chef de service, et un comptable. Celui-ci est une sous-direction de la direction des finances et du contrôle, elle comprend deux bureaux dont :

- Le bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts ;
- Le bureau de la facturation.

¹⁶ Site du CHU, *Op.cit.*

¹⁷ Site du CHU Tizi-Ouzou, *Op.cit.*

¹⁸ Document interne du CHU, service d'analyse et d'évaluation des coûts.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Section 3 : Analyse des coûts de prise en charge de l'IRCT

L'objet de cette section est de présenter les coûts de la prise en charge de la pathologie IRC avec ses trois aspects au niveau de CHU de Tizi-Ouzou.

1. L'analyse du coût d'une unité d'œuvre (DA) par journée d'hospitalisation et par séance 2015 à 2018

Les personnes atteintes de l'IRC sont prise en charge au CHU Tizi-Ouzou, celles-ci sont admises au service qui leur convient selon le degré de gravité de leur état de santé.

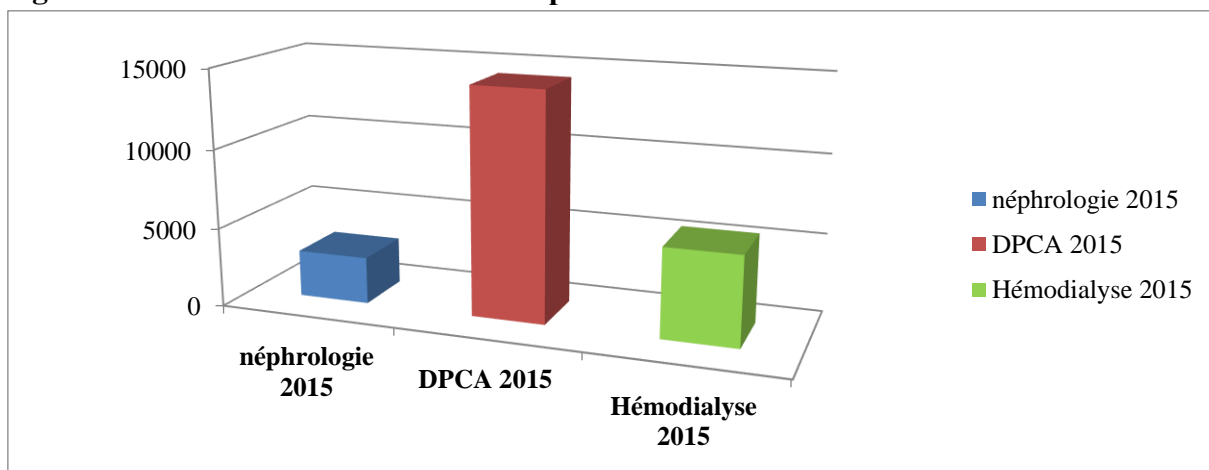
Tableau N°18: Le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) en 2015

Année	néphrologie	DPCA	Hémodialyse
Unités et Coût	2015	2015	2015
Unité d'œuvre	J-H	séance	séance
Nombre d'U O	2958	14325	5623
Coût d'UO en DA	48767,53	1346,53	35109,35

Source : documents du CHU

Le tableau ci-dessus représente le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) en 2015.

Figure N°13: Nombre d'unités d'œuvre par service en 2015

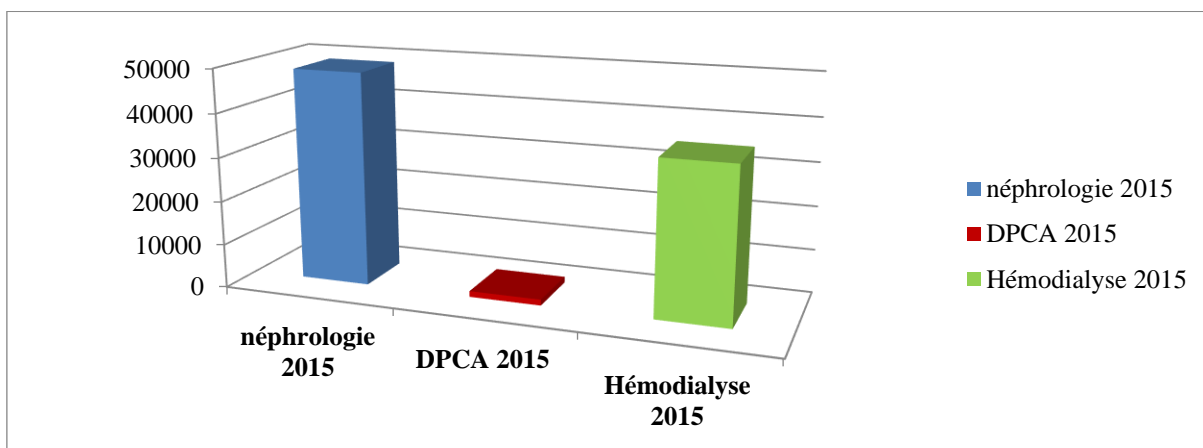


Source : fait par nos soins à partir des données du tableau N°18

La figure n ci-dessus montre que le nombre d'unité d'œuvre pour l'année 2015 est très important au niveau du service du DPCA avec environ 14325 unités/ an, puis en deuxième position le service hémodialyse avec 5623, et enfin le service néphrologie avec 2958 unité d'œuvre.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Figure N°14: le coût d'unité d'œuvre par service en 2015 (DA)



Source : fait par nos soins à partir des données du tableau N°18

La figure N°14 montre que le coût de la prise en charge au service de néphrologie est très coûteux par rapport aux autres services. Par contre la prise en charge au niveau de DPCA n'est pas vraiment élevée.

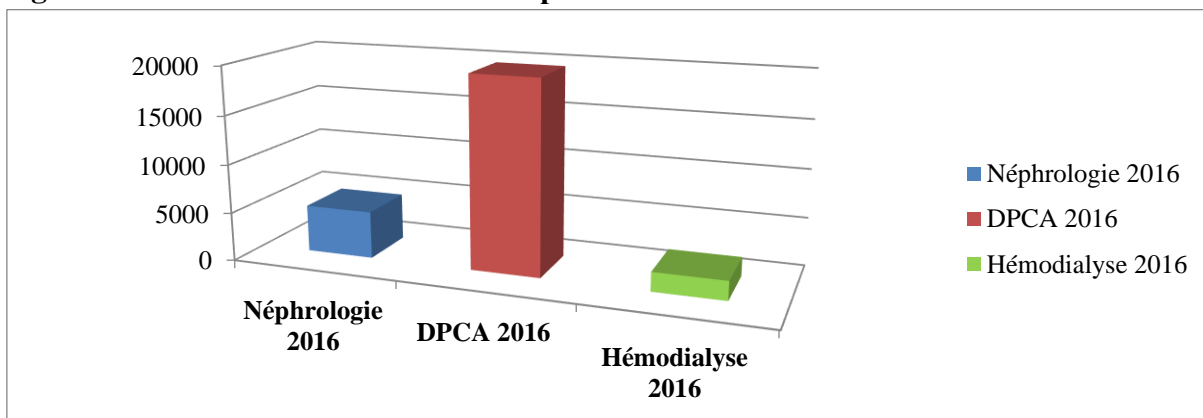
Tableau N°19: Le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) en 2016

Année	Néphrologie	DPCA	Hémodialyse
Coût d'unité d'œuvre	2016	2016	2016
Unité d'œuvre	J-H	séance	séance
Nombre d'U O	4855	19712	1968
Coût d'UO en DA	23937,54	1383,99	102826,94

Source : documents du CHU

Le tableau ci-dessus présente le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) en 2016.

Figure N°15: Nombre d'unités d'œuvre par service en 2016

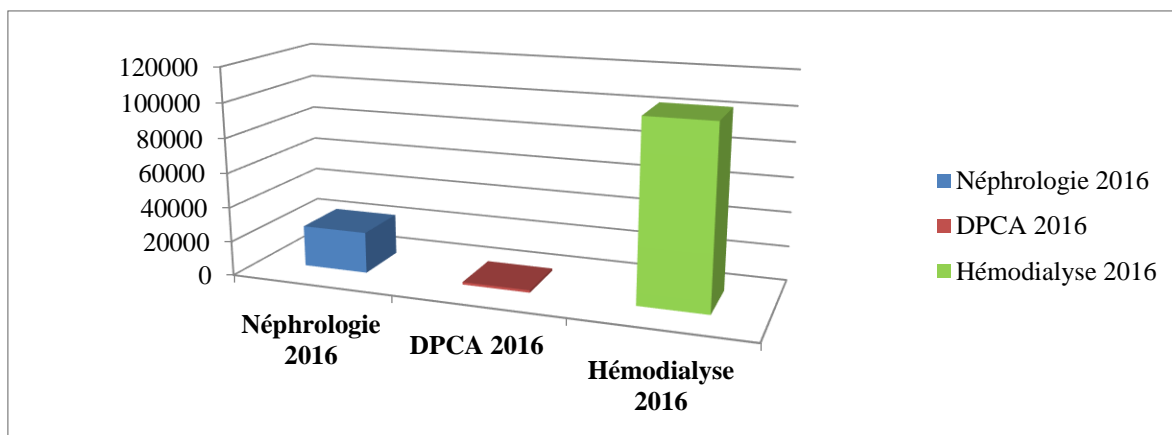


Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Source : fait par nos soins, selon le tableau n°19.

La figure n° 15 ci-dessus montre que le nombre d'unité d'œuvre pour l'année 2016 est très important au niveau du service du DPCA avec environ 19712 unités/ an, en deuxième position le service de la néphrologie avec 4855 et enfin le service de l'hémodialyse avec 1968 unités d'œuvres.

Figure n°16 : le coût d'unité d'œuvre par service en 2016 (DA)



Source : fait par nos soins, selon le tableau n°19.

La figure N°16 montre que le coût de la prise en charge au service d'hémodialyse est très coûteux par rapport aux autres services. Par contre la prise en charge au niveau de DPCA n'est pas vraiment élevée.

Tableau N°20: Le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) en 2017

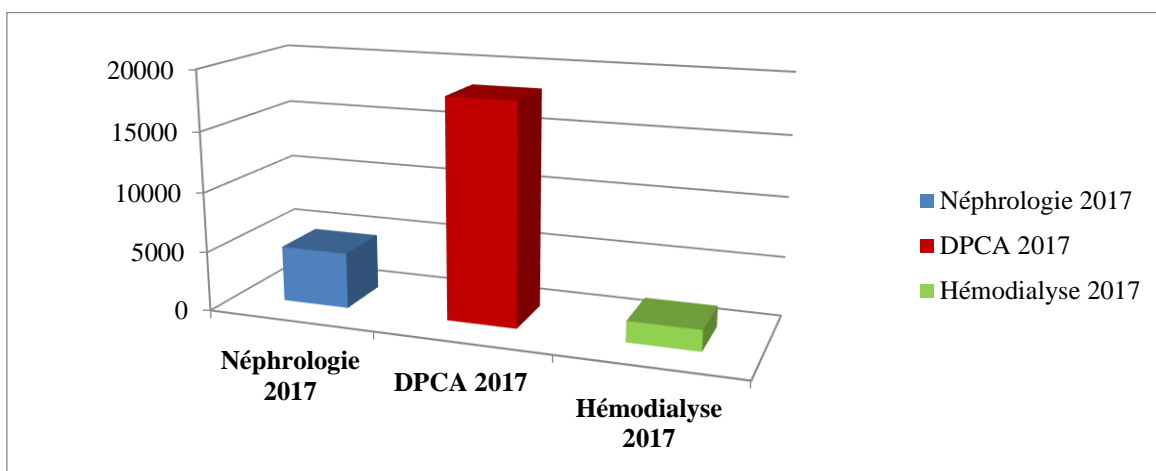
Année	Néphrologie	DPCA	hémodialyse
Coût d'unité d'œuvre	2017	2017	2017
Unité d'œuvre	J-H	séance	séance
Nombre d'U O	4698	18287	1755
Coût d'UO en DA	28485,76	2135,43	110996,86

Source : documents du CHU

Le tableau ci-dessus présente le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (*néphrologie, hémodialyse et DPCA*) en 2017.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

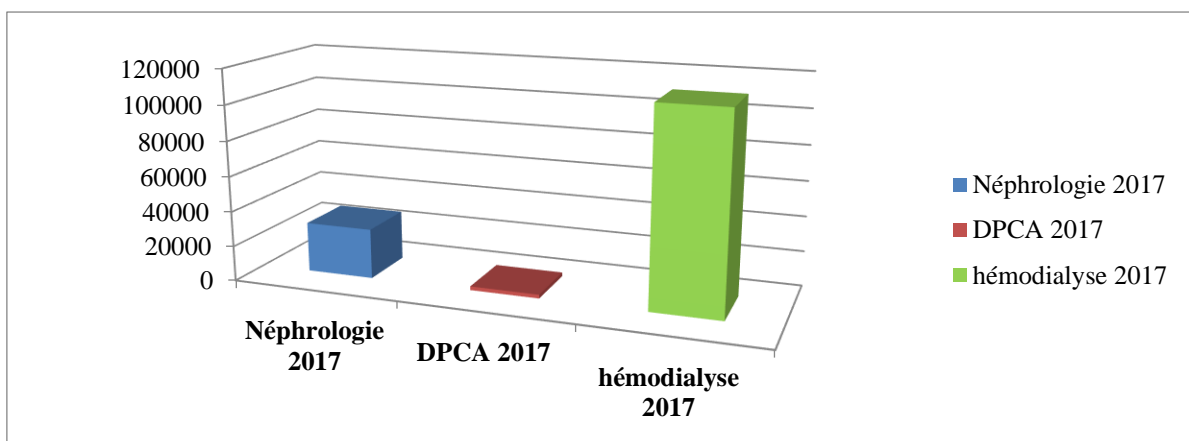
Figure N°17: Le nombre d'unités d'œuvres par service 2017



Source : fait par nos soins, selon le tableau n°20.

La figure n°17 ci-dessus montre que le nombre d'unité d'œuvre pour l'année 2017 est très important au niveau du service du DPCA avec environ 18287 unités/ an, en deuxième position le service de la néphrologie avec 4698 et enfin le service de l'hémodialyse avec 1755 unités d'œuvres.

Figure n° 18 : le coût d'une unité d'œuvre par service en 2017



Source : fait par nos soins, selon le tableau n°20.

La figure N°18 montre que le coût de la prise en charge au service d'hémodialyse est très coûteux par rapport aux autres services. Par contre la prise en charge au niveau de DPCA n'est pas vraiment élevée.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

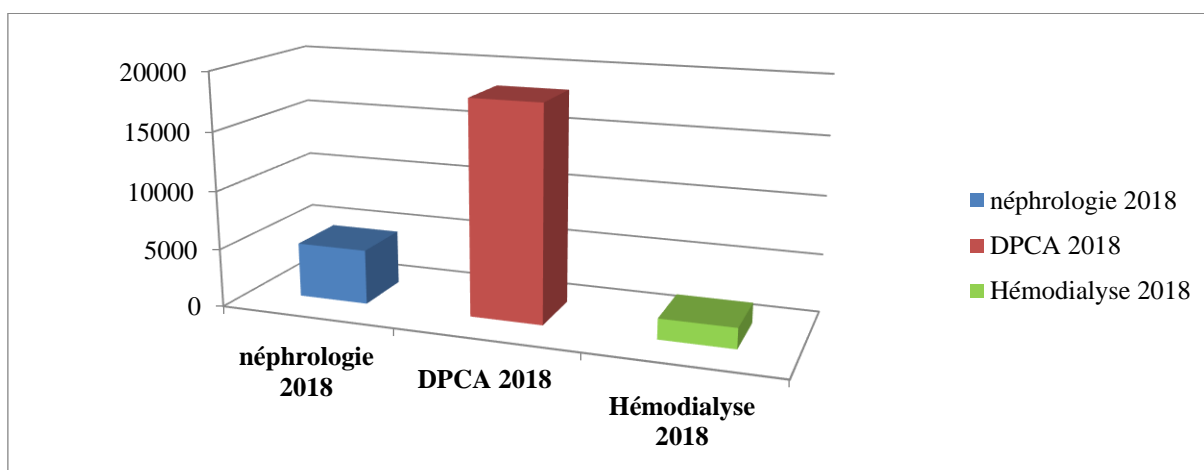
Tableau N°21: Le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) en 2018

Année	néphrologie 2018	DPCA 2018	Hémodialyse 2018
Coût d'unité d'œuvre			
Unité d'œuvre	J-H	Séance	Séance
Nombre d'U O	4698	18287	1755
Coût d'UO en DA	27923,32	1797,41	106294

Source : documents du CHU

Le tableau ci-dessus montre le coût d'une séance et d'une journée d'hospitalisation dans les trois services (néphrologie, hémodialyse et DPCA) en 2017.

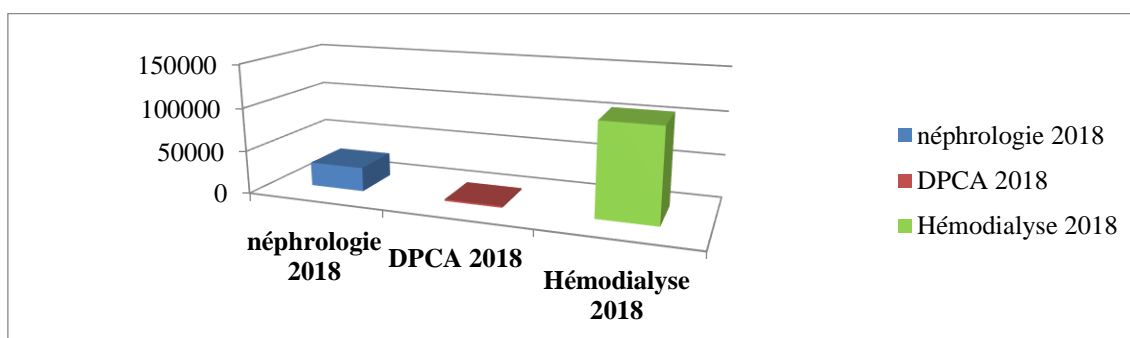
Figure N°19: Le nombre d'unités d'œuvres par service 2018



Source : fait par nos soins, selon le tableau n°21.

La figure n°19 ci-dessus montre que le nombre d'unité d'œuvre pour l'année 2018 est très important au niveau du service du DPCA avec environ 18287 unités/ an, en deuxième position le service de la néphrologie avec 4698 et enfin le service de l'hémodialyse avec 1755 unités d'œuvres.

Figure N° 20 : le coût d'une unité d'œuvre par service en 2018



Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Source : fait par nos soins, selon le tableau n°21.

La figure N°20 montre que le coût de la prise en charge au service d'hémodialyse est très coûteux par rapport aux autres services. Par contre la prise en charge au niveau de DPCA n'est pas vraiment élevée.

2. Analyse des coûts par patient

Chaque patient admis pour l'IRC peut être pris en charge dans trois différents services qui sont la néphrologie, le DPCA et l'hémodialyse selon le niveau atteint de la maladie.

2.1. Nombre de patients accueillis par les trois services (*néphrologie, DPCA et hémodialyse*) entre 2015 et 2018 au CHU Tizi-Ouzou

Le nombre de personnes atteintes de l'IRC est en augmentation annuelle, avec un décalage de nombres en fonction de niveau de la maladie et son traitement.

Tableau N°22: Nombre de patient par service 2015/2018

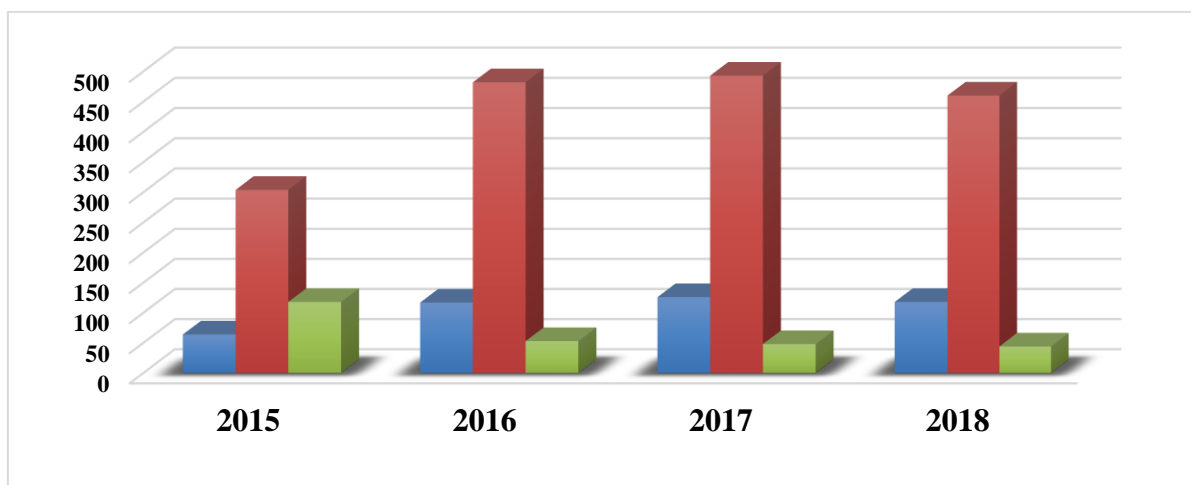
Année	Néphrologie	DPCA	Hémodialyse
2015	64	304	118
2016	117	482	53
2017	126	493	48
2018	118	460	44

Source : Fait par nos soins, selon les données du CHU

Le tableau ci-dessus représente le nombre de patient par services entre 2015/2018. Une évolution remarquable au sein des deux services néphrologie et DPCA entre 2015 et 2017, puis une baisse minime en 2018. Pour l'hémodialyse on observe un nombre important en 2015, suivi d'une baisse du nombre de dialysés dans les années qui ont suivi à cause du taux de mortalité et l'orientation des dialysés vers les centres privés.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Figure N°21: L'évolution du nombre de patients par service 2015/2018



Source : Fait par nos soins, selon le tableau n°22.

La figure ci-dessus montre l'évolution du nombre de patients par service de 2015 à 2018.

On déduit selon celle-ci que le service DPCA est celui qui a pris le plus haut rang durant cette période, où le nombre de patients utilisant la dialyse péritonéale continue ambulatoire a été entre 300 et 460 avec une petite baisse dans la dernière année. Pour le service de la néphrologie le deuxième rang en matière de patients avec un total de 425, suivi d'hémodialyse avec un total de 263 malades.

2.2. Les dépenses annuelles des trois services prenant en charge l'IRC au CHU Tizi-Ouzou

Les dépenses varient selon le nombre de patients et les moyens utilisés pour une prise en charge adéquate aux besoins des usagers.

Tableau N°23: La charge globale des trois services 2015/2018

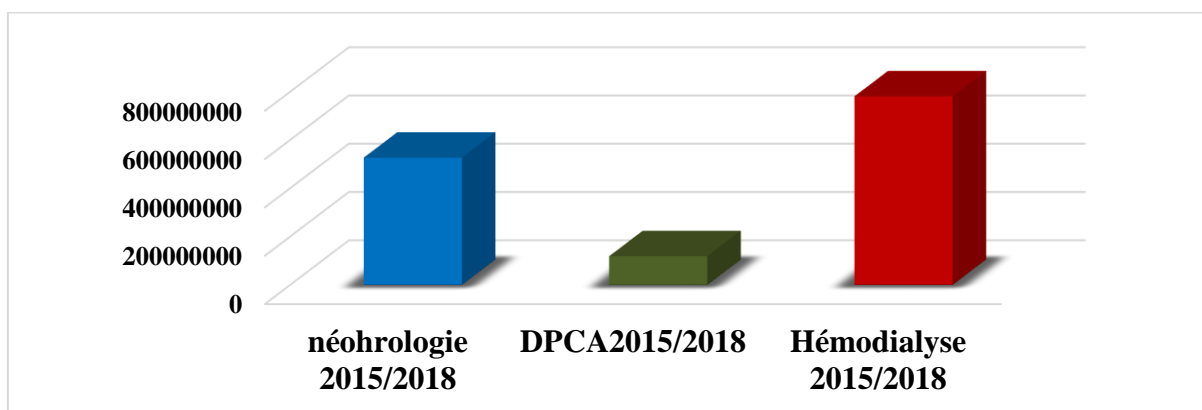
Service	néphrologie	DPCA	Hémodialyse
Année			
2015	145571077.05	19289042.25	197419875.05
2016	116216756.7	27281201.88	202363417.92
2017	133828100.48	39050608.41	194799489.3
2018	131183757	32869236.7	186545970
Total	526799691,23	118490089,24	781128752,3

Source : réalisé par nos soins à base des données de service des calculs CHU

Le tableau ci-dessus représente la charge globale annuelle pour les trois services impliqués dans la prise en charge de l'IRCT de 2015 à 2018.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Figure N°22: La charge globale des trois services 2015/2018



Source : Fait par nos soins, selon le tableau n°23.

La figure ci-dessus illustre la charge globale des trois services 2015/2018.

Le service d'hémodialyse est celui qui a dépensé le plus durant cette période avec un total de 781128752,3 DA, suivi de la néphrologie avec 526799691,23, et en dernier le DPCA avec une dépense moins importante par rapport aux deux autres services avec un total de 118490089,24 DA.

Le service d'hémodialyse prend le premier rang en dépit du nombre de malades (263) qui est inférieur par rapport aux autres services néphrologie et DPCA (425 et 1739 respectivement), cela s'explique par le coût du consommable et les nombre de séances d'hémodialyse effectuées par chaque patient et par semaine.

Tableau N° 24 : la charge globale des quatre années 2015 jusqu'à 2018 dans les différents services prenant en charge l'IRC

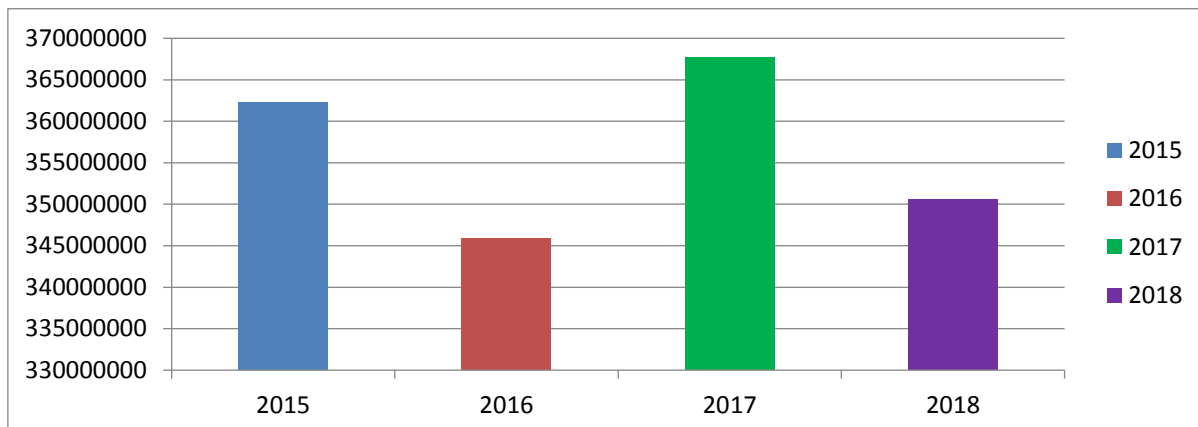
Année	total des services
2015	362279994
2016	345861377
2017	367678198
2018	350598964

Source: Fait par nos soins, selon le tableau n°23

Le tableau N° 24 représente la charge globale des quatre années de 2015 jusqu'à 2018 dans les différents services prenant en charge l'IRC.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Figure N°23: La charge globale des quatre années 2015/2018 dans les différents services prenant en charge l'IRC



Source : Fait par nos soins, selon le tableau n°24

La figure n° 23 montre la charge globale des quatre années 2015 à 2018 dans les différents services prenant en charge l'IRC, où on déduit que 2017 est l'année qui a coûté plus en matière de prise en charge au CHU Tizi-Ouzou par rapport aux trois autres années.

2.3. Les dépenses annuelles de prise en charge de l'IRC par personne et par les services du CHU Tizi-Ouzou

Chaque personne souffrante de l'IRC reçoit le traitement qui lui convient selon la gravité son état de santé.

Tableau N°25: Le coût de prise en charge par personne et par service 2015/2018

Année	Néphrologie	DPCA	Hémodialyse
2015	2274548.08	63450.80	1673049.8
2016	993305.61	56600	3818177.7
2017	1062127.78	79210.16	4058322.7
2018	1111726.75	71454.86	4239681.14

Source : Fait par nos soins, selon les données des tableaux n°22 et n°23

Pour le tableau ci-dessus qui concerne le cas du coût de prise en charge par personne et par service pour les quatre années consécutives 2015/2018 on constate qu'il y a une variation d'un service à l'autre et d'une année à l'autre.

En 2015, le coût annuel le plus élevé par patient est enregistré au niveau de service néphrologie. Cela s'explique par le coût élevé d'une journée d'hospitalisation dans ce service qui coût 48767.53 DA.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Pour le service hémodialyse, il est en deuxième position en termes de prise en charge annuelle et par personne et dont le coût s'élève à 1673049.8DA. Ce coût est justifié par le coût de consommable et les nombre de séances d'hémodialyse effectuées par chaque patient et par semaine. Concernant la DPCA, même si le nombre de patients est important les couts sont plus au moins maitrisés à cause de la prise en charge des patients par leurs soins à domicile.

En 2016, le coût annuel le plus élevé par patient est en enregistré au niveau du service d'hémodialyse, cela s'explique par le coût élevé d'une séance de dialyse dans ce service qui est chiffré à 102 826.94DA. Malgré que ce service dispose du nombre minimum de patients durant cette année (*53 patients*), ce coût se justifie par le consommable des générateurs et les séances effectuées par patients.

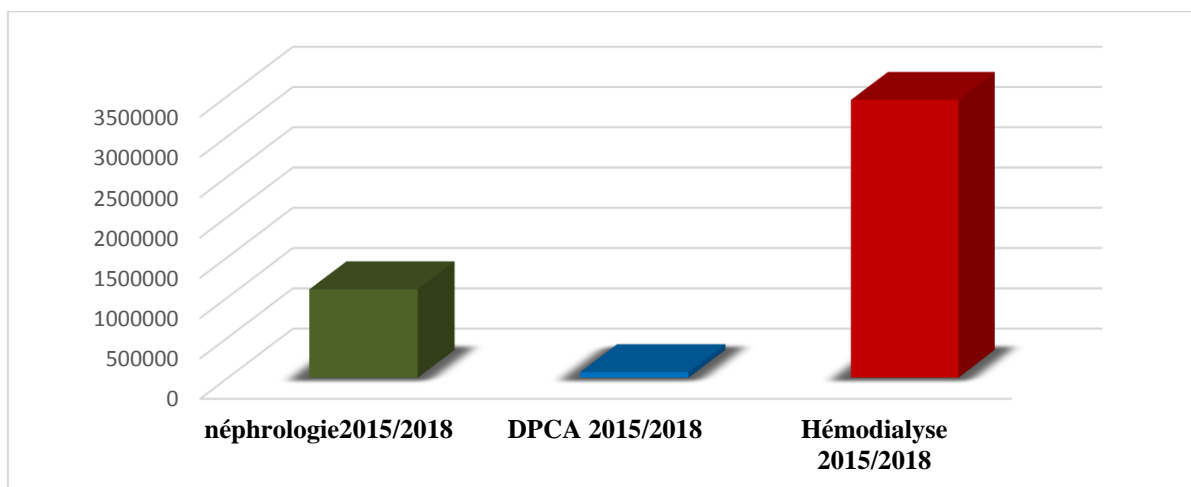
Le service de néphrologie en deuxième position en termes de prise en charge annuelle et par personne et dont le coût s'élève à 993305.61DA, suivi du DPCA avec 56600DA.

En 2017, le coût annuel le plus élevé par patient est en enregistré au niveau du service d'hémodialyse, cela s'explique par le coût élevé d'une séance de dialyse dans ce service qui est chiffré à 110 996.86DA. Suivi par la néphrologie avec 1062127.78DA, enfin DPCA avec 79210.16DA, ce dernier coûte moins que les deux autres services, cela peut être justifié par les soins qui sont font à domicile par les patients eux-mêmes, et c'est une charge de moins pour le service.

En 2018, le coût annuel le plus élevé par patient est en enregistré au niveau du service d'hémodialyse, cela s'explique par le coût élevé d'une séance de dialyse dans ce service qui coûte 106 294DA. Suivi par la néphrologie avec 1111726.75DA, enfin DPCA avec 71454.86DA, ce dernier coûte moins que les deux autres services, cela peut être justifié par les soins qui sont font à domicile par les patients eux-mêmes, et c'est une charge de moins pour le service.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Figure N°24: Le coût moyen de prise en charge par personne au niveau des trois services sur quatre années 2015/2018



Source : Fait par nos soins, selon le tableau n°24

La figure ci-dessus montre le coût moyen de prise en charge par personne au niveau des trois services sur quatre années (2015/2018).

On constate que le coût moyen de l'hémodialyse sur les quatre années 2015/2018 est plus important comparé aux autres services avec une dépense de 3 447 307.83DA, suite au nombre de séances effectuées dans le service et le consommable des générateurs qui valent cher, plus la maintenance de ceux-ci et l'état de santé du malade en plus de l'IRC ils peuvent avoir d'autres problèmes (*diabète ou hypertension artérielle, etc*) donc c'est une charge en plus pour le service.

3. La prévention de la maladie rénale

La prévention des maladies chroniques doit être prise en considération, essentiellement l'IRC suite aux frais qu'elle engendre pour l'Etat et la sécurité sociale, ainsi la souffrance que les malades endurent étant atteinte de cette pathologie. Pour cela on distingue trois préventions qui peuvent aider à lutter contre cette maladie et faire diminuer les coûts important qu'elle cause.

3.1. Prévention primaire de la maladie rénale chronique

La prévention de l'IRC passe tout d'abord par la lutte contre les facteurs étiologiques de la MRC pour éviter sa survenue. Ainsi, il est recommandé de dépister et de prendre en charge les maladies qui prédisposent à l'atteinte rénale à travers :¹⁹

- Le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle ;

¹⁹Document interne du CHU, Service Néphrologie

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

- Le traitement et le contrôle du diabète ;
- La lutte contre les infections aiguës, notamment ORL et pharyngées pour lutter contre les glomérulonéphrites post-infectieuses (*la réussite du programme national de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu est à ce titre très instructif*) ;
- La lutte contre les infections chroniques, pourvoyeuses d'amylose rénale, notamment la tuberculose pulmonaire, l'ostéomyélite chronique et les dilatations des bronches ;
- La mise en place d'un réseau multidisciplinaire performant pour la prise en charge des maladies systémiques, notamment le lupus érythémateux aigu disséminé ;
- Le bon usage des médicaments et des produits de contraste iodés connus pour leur toxicité sur le rein ;
- La lutte contre les autres facteurs de risque cardio-vasculaires (*obésité, dyslipidémies, tabagisme, sédentarité, habitudes alimentaires à risque...*).

3.2 La prévention secondaire

La prévention secondaire consiste à traiter la maladie qu'est susceptible de donner l'atteinte rénale et de faire un dépistage précoce. L'objectif est de retarder l'évolution de l'atteinte rénale chronique. L'étape essentielle repose ici sur le diagnostic précoce de la néphropathie qui est en cause. Les actions de la prévention secondaire doit être précoce.

La MRC est caractérisée par sa latence et son caractère silencieux. Seul son dépistage systématique ou chez les groupes à haut risque permet un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate. L'objectif sera d'abord de guérir la maladie rénale, sinon de la stabiliser et d'empêcher l'apparition d'une insuffisance rénale. L'objectif ultime est la réduction de l'incidence de l'IRCT. Un deuxième objectif, tout aussi important, est la réduction des complications associées à la MRC, principalement la morbidité cardio-vasculaire.

Le choix d'une stratégie de dépistage de la MRC, doit tenir compte des caractéristiques épidémiologiques de la MRC, des moyens disponibles de dépistage, du système de santé, et des analyses de politique sanitaire.

Un programme de dépistage doit pouvoir répondre aux questions suivantes : qui dépister ? Comment dépister ? Et que faire quand le dépistage montre une anomalie ?²⁰

En dépit des avantages potentiels des programmes de dépistage de la MRC couvrant l'ensemble de la population, il n'est pas clair qu'ils soient supérieurs aux stratégies de dépistage orientées vers les groupes à haut risque.²¹

²⁰ National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Am.J.Kidney Dis. 2002, P39. Consulter le 18/02/2021

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Par ailleurs, ils ne seraient pas économiquement efficaces dans toutes les communautés en raison des variabilités au niveau du terrain génétique et des circonstances nutritionnelles, environnementales et économiques, ainsi qu'au degré d'accès aux méthodes de dépistage.²²

Aussi, il est important que chaque pays ou chaque région puisse identifier parmi sa population les groupes à haut risque et développer les outils de dépistage et de diagnostic de l'insuffisance rénale et de sa progression. La présence d'une anomalie au dépistage ne signifie pas la présence obligatoire d'une MRC.

Les patients dépistés devraient bénéficier d'une évaluation permettant :

- de confirmer la réalité de la MRC ;
- d'éliminer une insuffisance rénale aiguë et d'affirmer le caractère chronique ;
- d'en rechercher et traiter l'étiologie ;
- de déterminer la présence de Co-morbidités notamment cardio-vasculaires, la sévérité de l'atteinte rénale, le risque de perte de la fonction rénale, la présence de toute complication liée au degré de l'insuffisance rénale, et autres facteurs de risque de la maladie cardio-vasculaire.

3.3 La prévention tertiaire

La prévention tertiaire consiste à prévenir et traiter les complications de l'insuffisance rénale chronique terminale et préparer à temps les traitements de suppléance (*dialyse ou transplantation rénale*).

L'insuffisance rénale chronique est une maladie évolutive, dont le cours se développe dès les premiers stades des maladies rénales, jusqu'à la perte complète de la fonction rénale.

Une fois le diagnostic posé, ralentir l'évolution de l'IRC afin de retarder, voire prévenir l'apparition d'une IRCT, doit être un objectif à suivre devant tout patient insuffisant rénal.

Devant toute découverte de MRC, Il est fondamental d'organiser le suivi en fonction de la gravité de l'IRC et des pathologies associées, avec comme objectifs :²³

- Le ralentissement de la progression de l'insuffisance rénale en prenant en charge les facteurs de progression ;

²¹ Scheid DC, McCarthy LH, Lawler FH, Hamm RM, Reilly KE: Screening for microalbuminuria to prevent nephropathy in patients with diabetes: A systematic review of the evidence. J Fam Pract, 2001, P50

²² Boulware L.E., Jaar B.G., Tarver-Carr M.E, et al. Screening for proteinurie for US adults: a cost effectiveness analysis. JAMA, 2003,P290.

²³ Document interne du CHU. Service Néphrologie

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

- la prise en charge des complications métaboliques de l'IRC, des facteurs de risque cardio-vasculaire et des Co-morbidités ;
- l'information et la préparation du patient au traitement de suppléance, le cas échéant. Il est fondamental de contrôler les deux principaux facteurs de progression, à savoir l'hypertension artérielle et la protéinurie. Les objectifs thérapeutiques sont une pression artérielle < 130/80 mm Hg et une protéinurie < 0,5g/24h.

Les moyens thérapeutiques sont :

- L'éducation sanitaire du patient ;
- La restriction protéique ;
- Le traitement de la cause de la néphropathie (*diabète, lupus, ...*) ;
- Le contrôle de la pression artérielle ;
- La néphroprotection par les antagonistes du système rénine angiotensine (*Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et antagonistes de récepteurs de l'angiotensine*) en cas de protéinurie positive ;
- la correction des dyslipidémies ;
- la prévention de la néphrotoxicité des certains agents ;
- l'avis néphrologique précoce.

Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou

Conclusion du chapitre 3

Pour conclure ce chapitre, dont on a analysé les données et les statistiques requises au niveau de CHU de Tizi-Ouzou, que plus de 90% des patients reçus en consultation de néphrologie pour l'insuffisance rénale chronique sont des personnes hypertendues ou diabétique, selon le chef de service de la néphrologie. La prise en charge de l'IRCT génère un fardeau financier considérable. Celui-ci se décline tout d'abord par les coûts directs liés aux traitements de substitution de la maladie et ensuite par les pertes de production dues aux effets de la maladie sur l'activité économique. Ainsi, dans notre étude, nous avons essayé d'évaluer le coût de l'IRCT dans le CHU Tizi-Ouzou. De ce fait, la prise en charge d'un dialysé au niveau d'un établissement hospitalier est très coûteuse puisque une séance d'hémodialyse coûte entre 35000DA et 110000DA, une séance de DPCA coûte entre 1300DA et 2200DA, et une journée d'hospitalisation dans le service de la néphrologie coûte entre 23000DA et 49000DA. L'augmentation des frais de la prise en charge évolue suite à l'augmentation continue des malades chaque année et aussi aux ressources utilisées afin de subvenir aux besoins des malades. La meilleure perspective à prendre en compte c'est la greffe rénale puisque c'est le traitement idéal pour l'insuffisance rénale. Cela ne veut pas dire que ce traitement est à moindre coût, mais au moins ça diminue la charge sur l'établissement ainsi la souffrance du malade puisque après cette greffe le malade reprendra sa vie normal. La pratique du prélèvement d'organe sur cadavres peine à voir le jour en Algérie, non pas pour des considérations religieuses ou scientifiques mais plutôt à cause des mentalités et des considérations sociales qui n'arrivent pas à évaluer malgré le travail de sensibilisation et d'information mené sur le terrain, au niveau du CHU de Tizi-Ouzou, le service de la greffe rénale a réalisé, depuis son ouverture en 2007, 130 greffes rénales au profit d'insuffisants rénaux en stade terminal de la wilaya de Tizi-Ouzou. La maladie rénale n'arrête pas de progresser à Tizi-Ouzou comme au niveau national, à cause notamment de l'absence d'une hygiène de vie ou d'un bon suivi des personnes atteintes de tension artérielle ou du diabète, mais aussi à cause des mauvaises habitudes alimentaires marquées par des excès de consommation du sucre, du sel et du gras qui constituent des aliments aggravants pour les individus vulnérables, avait déclaré le chef de service du CHU.

Le coût de la prise en charge de l'IRCT est bien élevé, comme on a vu dans ce chapitre, suite à l'évolution des patients. Un néphrologue avait souligné la nécessité pour l'extension du service, donc le coût augmentera plus si y aura suite à cette demande, malgré toutes les ressources consacrées à cette pathologie.

Conclusion générale

Les systèmes de santé sont caractérisés par leur extrême diversité selon l'histoire et les caractéristiques culturelles, des systèmes de santé très différents existent actuellement dans le monde, selon les différentes conceptions que l'Etat se fait de son rôle dans les domaines sanitaires et sociaux, les principales différences qui les distinguent tiennent, au statut des producteurs de soins au type de protection sociale de la population et au mode de financement du système.

Chaque système présentent des avantages et des inconvénients, aucun n'est parfait, la recherche actuelle dans ce domaine vise à adapter les systèmes à la société à laquelle ils s'adressent. Ceci implique la recherche des solutions à l'assouplissement des règles d'organisation et de la gestion en y associant tous les prestataires, il s'agit de permettre une adaptation du système aux problèmes spécifiques de la communauté à une période donnée de développement.

Le système de santé mis en place en Algérie est un système mixte (*Biverigien et Bismarkien*), il s'organise autour d'un secteur public et d'un secteur privé géré par le ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière (*MSPRH*). Le financement du système de santé algérien est basé et assuré principalement par l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les usagers (*mode de financement mixte, d'une part la fiscalité nationale et d'autre part les cotisations sociales*).

Le système de santé algérien prend en charge différentes pathologies chroniques parmi l'IRCT qui pose un problème de santé publique majeur à travers ses répercussions médicales et socio-économiques.

En effet la prise en charge de l'IRCT est très coûteuse. Le régime de trois (03) séances de dialyse itérative par semaine, associé aux acquisitions et de la maintenance des équipements et des consommables de dialyse, à un coût très élevé.

A ce sujet, en tentant de répondre à notre problématique nous pouvons dire que selon notre cas d'étude CHU Tizi-Ouzou et les statistiques requises sur les quatre dernières années 2015 jusqu'à 2018, le coût moyen annuel d'un dialysé durant les quatre dernières années est estimé à 12 788 177.77 DA.

La transplantation rénale, qui constitue la seule alternative pouvant garantir la guérison et mettre fin aux souffrances des patients est aussi coûteuse mais reste la seule issue pour les insuffisants rénaux afin de se détacher des générateurs. Au CHU Tizi-Ouzou une greffe rénale a été effectuée en 2019 et celle-ci avait coûté 1 730 121.65 DA.

De ce fait, on peut confirmer notre première hypothèse 1, qui stipule que : « *l'Etat et les organismes de la protection sociale prennent en charge les patients atteints de l'IRCT, parce que celle-ci présente un coût très important, et les malades peuvent pas se permettre de financé les soins dont-ils ont besoin* », vu que les dépenses de cette pathologie son très importantes selon les chiffres qu'on avait pu avoir durant notre stage pratique.

Comme on a pu aussi confirmer la deuxième hypothèse qui est : « *la prévention constitue la meilleure stratégie pour lutter contre l'IRCT en combattant tous les facteurs de risques qui sont responsable dans son apparition et des coûts colossaux qu'elle génère une fois déclenchée* », par trois (03) préventions, pour échapper à tout ces coûts et à la souffrance que le malade peut ressentir, trois (03) prévention doivent être prises en considération, la première consiste à dépister, contrôler et à diagnostiquer les malades susceptibles d'aggraver l'état de santé des malades (diabète et hypertension) afin de ne pas parvenir à l'IRC.

La deuxième prévention repose sur le traitement de la maladie qu'est susceptible de donner l'atteinte rénale dont l'objectif est de retardé l'évolution de l'IRC.

Et la dernière prévention, consiste à parvenir et traiter les complications de l'IRCT et préparer à temps les traitements de suppléance (dialyse où transplantation rénale) et dans ce cas les patients doivent disposer d'une éducation sanitaire afin de pouvoir faire face à cette pathologie.

Toutefois, ce travail comprend certainement des insuffisances et des lacunes qui demandent à être amélioré dans le futur. Nous pouvons citer, l'absence des données concernant la sécurité sociale (*CNAS et CASNOS*), vu qu'on n'avait pas accès à l'information à cause de la situation sanitaire et à la surcharge qu'ils avaient au sein de ces services.

Ouvrages

- Boulware L.E., Jaar B.G., Tarver-Carr M.E, et al. « *Screening for proteinurie for US adults: a cost effectiveness analysis* ». JAMA, 2003.
- FRANCIS GUILLEMINE, FRANCOIS KOHLER et All, « *analyse comparative des systèmes de santé* ». Novembre 2009. Version 1.1.
- General medical council (GMC) ; « *Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé* »; 2017. Edition London.
- Gilles-Nezosi, « *la protection sociale* », 14mars2016. Edition la documentation Française, 2016

Articles et Revues

- AIT Mouhand Ali, maitre-assistant en épidémiologie « *le système national de santé (sns)* », faculté de médecine, 12/03/2017.
- Article de l'Agence canadienne de développement international : qu'est-ce qu'un système de santé ?
- BOULAHRIK Mohand. « *Financements du système de santé Algérien* », volume 20, numéro 1, revue du département des sciences économiques.
- Bruno GALLAND, « *Etude sur les objectifs d'un système de santé publique, Centre International de Recherche et du Développement* », (Septembre 2006).
- CNAS, « *liste des 26 affections pris en charge 100%* », juillet 2008.
- Commission des œuvres sociales, « *programme d'action 2016/2019* » ; Université de Boumerdes : M'HAMED BOUGARA.
- Dr S.AMIROUCHE, « *les systèmes de santé dans le monde* », faculté de Constantine, 2016/2017.
- F.V, F.R et all, « *Évaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique* », Reflets et perspectives de la vie économique, 2014
- Gabrielle Rougeaux, « *Medicaid : couverture santé des citoyens les plus démunis aux USA* », 23 octobre 2015. USA
- Hamid Guemache. « *Plus de 3 millions de malades chroniques en Algérie* » revue de presse 14/07/2007.
- INSP. « *Enquête nationale santé, transition épidémiologique et système de santé* », Alger novembre 2007.
- LEVY.P, LEGOS, « *L'évaluation économique des maladies chronique* », université Paris-Dauphine, 2002

- MALIKA. BOUALI-BENHALIMA. « *Traitement de l'insuffisance rénale chronique au stade terminale en Algérie : d'une belle genèse à la triste réalité* ». El Watan, 14 mars 2020
- Mattias Sundholm. « *OMS : L'organisation Mondiale de la Santé* », octobre 2013.
- Ministère du travail, « *journal officiel de la république Algérienne* », Décrète « *article 2* », 18mai1982.
- MSPRH, « *comptes nationaux de la santé pour l'Algérie* », Alger, 2003.
- National Kidney Foundation. K/DOQI « *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification* ». Am.J.Kidney Dis. 2002.
- OMS, « *rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant* ». Genève : organisation mondiale de la santé. Juin 2000
- Pr. Larbi ABID. « *La prise en charge des insuffisants rénaux chroniques au stade terminal État des lieux* »,2013, pdf.
- Rapport de banque mondiale sur la santé, 2013.
- Rapport Nabni. « *Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020* », Janvier 2013
- Sandrine.Gorreri, « *Dépenses de santé en France versus Allemagne* », 15avril 2020.
- Scheid DC, McCarthy LH, Lawler FH, Hamm RM, Reilly KE: « *Screening for microalbuminuria to prevent nephropathy in patients with diabetes: A systematic review of the evidence* ». J Fam Pract, 2001.
- W. Beveridge, « *rapport au parlement sur la sécurité sociale et les prestations connexes* », novembre 1942.
- World Health Organization. « *rapport sur la santé dans le monde :2003 : façonner l'avenir* », Genève :OMS, 2003.

Mémoires et Thèses

- ACHIOU Meriem, AMIROUCHESouhil, « *essai d'analyse des dépenses de santé en Algérie* », mémoire de master en Sciences économiques, université de Béjaïa, 2016.
- AIT MEDJANE Ouahiba, « *les réformes du système de santé en Algérie : état des lieux et analyses* », mémoire de master en Sciences économiques, université de Bejaïa, 2013.
- Obrou Marie Victoire A.D Oyana Ela Cleopatr, « *le financement du système de santé en Algérie : apports des usagers, Cas CHU Tizi-Ouzou* », mémoire de master, spécialité économie de la santé, Ummto, 2017/2018.

- SALMI Madjid. «*Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins* », thèse de doctorat en sciences économiques, 2009.
- YOUCEF Bouzid ; KEBAILI Rebiha « *le système de santé algérien :Reformes et perspectives* »,mémoire de master ;option économie de la santé ,ummto,2016/2017.
- Ziani zoulikha, « *essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans rationalisation des dépenses de santé en Algérie* », thèse de magister en sciences économiques, AM de Bejaïa, mai 2012.

Webographie

- <http://www.Who.int/fr>.
- <http://www.Cleiss.fr>.
- <http://www.Chuto.dz>.
- <http://www.Senat.fr>.

Autres documents

- Article 228, «*Les modes de financements de la santé ont été énumérés dans la charte de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985* ».
- Décret exécutif n 11-380, « *du Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la population et de la réforme hospitalière* », journal officiel n 63 du 11 novembre 2011
- Document interne du CHU, service d'analyse et d'évaluation des coûts.
- Document interne du CHU, service informatique.
- Document interne du CHU, Service Néphrologie.

Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Liste des abréviations	
Sommaire	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Introduction générale.....	01
Chapitre I : Les différents systèmes de santé dans le monde	
Introduction du chapitre 01.....	05
Section 01 :Le système de santé comme moyen de lutte	06
1. Définition du système de santé	06
1.1. Les objectifs d'un système de santé	07
1.1.1. L'amélioration de la santé	07
1.1.2. L'efficacité	08
a. La pertinence	08
b. La qualité	08
c. La continuité et la permanence des soins	09
d. Accessibilité	09
1.1.3. Equité	09
1.1.4. L'efficience	09
a. Adéquation des moyens	10
b. Accessibilité économique	10
c. La motivation du personnel est un facteur clef d'efficience.....	10
1.1.5. La pérennité.....	10
a. Maîtrise de l'organisation et de la gestion	10
b. Acceptabilité des rôles distribués	10
2. Les caractéristiques d'un système de santé	11
A. Efficace.....	12
B. Accessible	12
C. Acceptable	12
D. Planifiable et évaluable	13
E. Souple et modifiable	13
3. Les acteurs d'un système de santé.....	13
3.1. Des offreurs de soins	13
3.2. Des producteurs de biens et services en santé.....	14
3.3. Des institutions publiques	14
3.4. Des financeurs	14
3.5. Des bénéficiaires	14
Section 02 :Les différents modèles de la protection sociale dans le monde	15
1. Le modèle Bismarckien (<i>assurantiel</i>)	16
1.1. Les principes du modèle Bismarckien	16
1.2. Le financement du modèle Bismarckien	16

1.3. Les réformes du modèle Bismarckien	17
2. Le modèle Beveridgien	17
2.1. Les principes du modèle Beveridgien	17
2.1.1. Unité	17
2.1.2. Universalité	18
2.1.3. Uniformité	18
2.2. Le financement du modèle Beveridgien	18
2.3. Les réformes du modèle Beveridgien.....	19
3. Le modèle libéral (<i>américain</i>).....	19
3.1. Le financement du modèle libéral	20
A. Medicare.....	20
B. Medicaid.....	20
3.2. Les réformes (<i>réforme Obama</i>).....	20
4. Le modèle mixte	21
Section 03 :Le rôle de l’OMS sur l’échelle mondiale	24
1. Définition de l’OMS.....	24
1.1. Historique.....	24
2. Le rôle de l’OMS dans la santé publique.....	25
2.1. Les objectifs tracés par l’OMS	26
2.1.1. De meilleurs résultats sanitaires	26
2.1.2. Une plus grande cohérence de l’action sanitaire mondiale	26
2.1.3. Une organisation qui aspire à l’excellence	26
2.2. Le plan d’action de l’OMS	27
2.2.1. Promouvoir le développement	27
2.2.2. Favoriser la sécurité sanitaire	27
2.2.3. Renforcer le système de santé	28
2.2.4. Exploiter la recherche, l’information et les données factuelles.....	28
2.2.5. Renforcer les partenariats	28
2.2.6. Améliorer la performance	28
3. Le rôle de l’OMS dans la santé mondiale.....	29
Conclusion du chapitre 01	30
Chapitre II : Le système de santé en Algérie	
Introduction du chapitre 02.....	31
Section 1 : Evolution et organisation du système de santé algérien	31
1. Evolution du système de santé Algérien	31
1.1. La 1ère période 1963-1973	31
1.2. La 2 ^{ème} période 1974-1982	32
1.3. La 3 ^{ème} période 1982-1992	33
1.4. La 4 ^{ème} période 1992-2002	33
1.4.1. Une transition épidémiologique	34
1.4.2. Une transition démographique	35
1.5. La 5 ^{ème} période (<i>2000 à nos jours</i>).....	35
2. L’organisation du système de santé algérien	36
2.1. Le secrétaire générale	37

2.2. Le chef de cabinet	37
2.3. L'inspection générale	37
2.4. Les différentes structures.....	37
2.4.1. La direction générale de la prévention et de la promotion de la santé est chargée ...	37
2.4.2. La sous-direction des actions sanitaires spécifiques.....	37
2.4.3. La direction générale des services de santé et de la réforme hospitalière	38
2.4.4. La sous-direction des établissements publics hospitaliers	38
2.4.5. La sous-direction des établissements hospitaliers privés	38
2.4.6. La sous-direction des structures de santé de proximité et des soins à domicile.....	39
Section 2 :Le financement du système de santé algérien	39
1. Les sources de financement de la santé en Algérie	39
1.1. L'Etat	39
1.2. La sécurité sociale	40
1.3. Les ménages.....	41
1.4. Les mutuelles	41
1.5. Les institutions de prévoyance.....	42
1.6. Les assurances privées.....	42
2. Les différents types de dépenses de santé en Algérie	42
2.1. Dépenses publiques de santé	42
2.2. Les dépenses du ministère de la santé	43
2.3. Les dépenses de fonctionnement	43
2.4. Les dépenses de santé financées par la sécurité sociale	44
2.5. Les dépenses d'investissement	44
2.6. Dépenses du secteur privé en investissement	44
2.7. Les dépenses des autres départements ministériels	45
3. Evaluation et analyse des dépenses de santé en Algérie	45
3.1. Evolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB	45
Section 03 :La prise en charge des maladies chroniques en Algérie	48
1. Les maladies chroniques classées en Algérie	48
1.1. La prise en charge des maladies chroniques par la sécurité sociale	49
1.2. La Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS).....	49
1.3. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-salariés (CASNOS)	51
2. La prise en charge par les œuvres sociales	52
Conclusion du chapitre 02	54
Chapitre III : Insuffisance rénale chronique terminale, prise en charge et analyse des coûts Cas : calcul des coûts CHU Tizi-Ouzou	
Introduction du chapitre 03.....	55
Section 01 :Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en Algérie	56
1. L'évolution de l'IRCT en Algérie.....	56
2. Modes de traitement de l'IRCT en Algérie	58
a. La transplantation rénale	58
b. L'hémodialyse	59
c. La dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA).....	60
3. Nombre de centres de traitement de l'IRCT en Algérie	62

a. Nombre de centres publics de traitement de l'IRCT en Algérie	62
b. Nombre de centres privés de traitement de l'IRCT en Algérie	63
c. Nombre de centres de traitement de l'IRCT dans la wilaya de Tizi-Ouzou	64
Section 02 :Présentation de l'organisation d'accueil CHU Tizi-Ouzou.....	65
1. Présentation du Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou	65
1.1. L'historique du centre hospitalo-universitaire CHU Tizi-Ouzou	65
1.2. Les missions principales du CHU	65
1.2.1. En matière de santé	66
1.2.2. En matière de formation.....	66
1.2.3. En matière de recherche	66
1.3. Organigramme du CHU Tizi-Ouzou	67
2. Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est constitué de deux unités.....	68
2.1. Unité NEDIR Mohamed	68
2.1.1. Autres services existants	70
a. Explorations Biologiques	70
b. Exploration Endoscopique	70
c. Les Consultations Spécialisées.....	70
d. Infectieux.....	71
e. Création d'une cellule d'écoute et d'orientation des malades cancéreux	71
2.2. Unité BELLOUA	71
3. Service Néphrologie	73
3.1. Présentation de la spécialité	73
3.2. Différentes activités du service	73
3.2.1. Pathologies traitées	74
3.2.2. Unité hospitalisation	74
4. Service de contrôle et d'analyse et évaluation des coûts	74
Section 3 : Analyse des coûts de prise en charge de l'IRCT	75
1. L'analyse du coût d'une unité d'œuvre (DA) par journée d'hospitalisation et par séance 2015 à 2018.....	75
2. Analyse des coûts par patient.....	80
2.1. Nombre de patients accueillis par les trois services (néphrologie, DPCA et hémodialyse) entre 2015 et 2018 au CHU Tizi-Ouzou	80
2.2. Les dépenses annuelles des trois services prenant en charge l'IRC au CHU Tizi-Ouzou	81
2.3. Les dépenses annuelles de prise en charge de l'IRC par personne et par les services du CHU Tizi-Ouzou	83
3. La prévention de la maladie rénale	85
3.1. Prévention primaire de la maladie rénale chronique	85
3.2. La prévention secondaire	86
3.3. La prévention tertiaire	87
Conclusion du chapitre 3	89
Conclusion générale	90
Bibliographie	
Annexes	
Table des matières	



Introduction générale





Conclusion générale





Bibliographie



Chapitre I



Les différents systèmes de santé dans le monde



Chapitre *II*



Le système de santé en Algérie



Chapitre III



**Insuffisance rénale chronique
terminale, prise en charge et analyse
des coûts Cas : calcul des coûts CHU
Tizi-Ouzou**





Table des matières





Sommaire





Annexes



TABLEAU RCAPITULATIF DE LA REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE ANNEE 2015

Tableau C3

	Sections principales		
	Néphrologie	DPCA	hémodialyse
Unité d'œuvre (U.O)	J-H	Séance	Séance
Nombre d'unité d'œuvre	2958	14325	5623
Coût d'unité d'œuvre (DA)	48767.52	1346.53	35109.34

CALCULS DES COUTS

TABLEAU RCAPITULATIF DE LA REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE ANNEE 2016

Tableau C3

	Sections principales		
	Néphrologie	DPCA	hémodialyse
Unité d'œuvre (U.O)	J-H	Séance	Séance
Nombre d'unité d'œuvre	4855	19712	1968
Coût d'unité d'œuvre (DA)	23937.54	1383.98	102826.94

CALCULS DES COUTS

TABLEAU RCAPITULATIF DE LA REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE ANNEE 2017

Tableau C3

	Sections principales		
	Néphrologie	DPCA	hémodialyse
Unité d'œuvre (U.O)	J-H	Séance	Séance
Nombre d'unité d'œuvre	4698	18287	1755
Coût d'unité d'œuvre (DA)	28485.75	2135.43	110996.86

CALCULS DES COUTS

TABLEAU RCAPITULATIF DE LA REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE ANNEE 2018

Tableau C3

	Sections principales		
	Néphrologie	DPCA	hémodialyse
Unité d'œuvre (U.O)	J-H	Séance	Séance
Nombre d'unité d'œuvre	4698	18287	1755
Coût d'unité d'œuvre (DA)	27923.32	1797.40	106293.99

CALCULS DES COUTS

Mots clés

1. **Dialyse péritonéale continue ambulatoire** : c'est un traitement pour l'IRCT qui consiste en un échange entre liquide, dialysat, et le sang du patient au travers du péritoine.
2. **Hémodialyse** : épuration du sang dérivé hors de l'organisme et restitué au patient après l'élimination des toxiques
3. **L'insuffisance rénale chronique terminale** : la détérioration des reins irréversible, et la fonction rénale baisse progressivement jusqu'à ne plus exister du tout.
4. **La prise en charge** : soutien de la sécurité sociale pour les citoyens afin de leurs versé des prestations.
5. **Organisation mondiale de la santé** : une agence spécialisée de l'organisation des nations unies pour la santé publique créée en 1948.
6. **Protection sociale** : ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux.
7. **Système de santé** : 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
8. **Transplantation rénale** : une intervention chirurgicale consistant à remplacer un rein défectueux par un rein sein, prélevé sur un donneur.

Résumé

L'objectif de cette étude est de déterminer le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale au sein d'un établissement de santé, qui est en évolution permanente. L'offre et le coût sont en cesse augmentation pour les malades atteints de cette pathologie, mais il existe toujours des insuffisances dans les ressources affectées à l'IRC (le matériel médical, le personnel médical qualifié, les centres d'hémodialyse). C'est pour quoi les centres existants subissent une surcharge en matière de patient.

Heureusement que les malades sont pris en charge par l'Etat et les organismes de la protection sociale, sinon nul personne pourra se permettre les soins, vu le nombre de séances effectuées par semaine, la moyenne de trois séances/ semaine.

Après avoir effectué notre étude et observation, nous sommes arrivés à une conclusion que malgré la prise en charge de l'Etat et les organismes de la protection sociale pour l'IRCT, les malades souffrent toujours du manque de moyen qui leurs sont alloués. Donc les pouvoirs publics doivent prendre en compte ceci afin de leurs permettre un bon suivi et tenir compte de la souffrance qu'ils vivent au quotidien avec leurs proches.