

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion  
Département des Sciences Economiques

## **MEMOIRE**

En vue de l'obtention du diplôme de  
**MASTER EN SCIENCES ECONOMIQUES**

Option : Economie de développement

### **L'INTITULE DU MEMOIRE**

**La problématique de la satisfaction des patients  
« Etude comparative entre le public et le privé dans le domaine de la dialyse à Bejaïa »**

Préparé par :

- AISSOU Naoual
- FERSAOUI Dania

Dirigé par :

Mr FOU DI Brahim

Jury de soutenance :

- PRESIDENT : NAIT CHabane
- EXAMINATEUR : ZIANE Lakhder
- RAPPORTEUR : FOU DI Brahim

Année universitaire : 2018/2019

# Remerciement

Nous tenons à remercier d'abord et avant tout Dieu « le tout puissant » de nous avoir donné le courage et la volonté pour bien mener ce modeste travail.

Nos vifs remerciements s'adresseront :

- ✓ A notre encadreur Monsieur FOUDI Brahim, pour son aide, notamment pour ses conseils judicieux, ses orientations, et sa disponibilité durant la période de réalisation et de mise au point de ce mémoire.
- ✓ Aux enseignants qui ont accepté de faire partie du jury de soutenance et ont jugé ce travail.
- ✓ Aux personnes qui nous ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de cette année universitaire.

Merci à toutes et à tous

## **Dédicaces**

**Je dédie ce travail à ;**

**Mes chers parents ;**

**Mes frères et mes sœurs ;**

**Ma grande famille ;**

**Tous mes amies ;**

**Et surtout à mon meilleur ami « Saïd ».**

**Dania**

## **Dédicaces**

**Je dédie ce modeste travail à :**

**Mes très chers parents ;**

**Mon mari Saadi et sa famille ;**

**Mes sœurs et leurs maris ;**

**Mes frères ; Mes nouveaux et mes nièces**

**Mes belles sœurs et beaux frères**

**Toute ma famille et mes amis**

**Naoual**

# Liste des abréviations

- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- **CASNOS** : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés.
- **CHU** : Centres Hospitalier Universitaires.
- **CDL** : Chef de lieu.
- **DFG** : Débit de Filtration Glomérulaire Hospitalo-universitaires.
- **CNAS** : Caisse National des Assurances Sociales.
- **DPCA** : Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire.
- **DPA** : Dialyse Péritonéale Automatisée.
- **DPI** : Dialyse péritonéale intermittente.
- **DP** : Dialyse Péritonéale.
- **DSPRH** : direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
- **EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisés.
- **EPH** : Etablissement Public Hospitalier.
- **GFR** : Glomérulaire Filtration rate.
- **HTA** : Hypertension Artérielle.
- **HD** : Hémodialyse.
- **IDH** : Indice de développement humain.
- **INSP** : Institut national de santé publique.
- **IRC** : Insuffisance Rénale Chronique.
- **IRCT** : Insuffisance Rénale Chronique Terminale.
- **IGEQSI** : Indicateur global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers.
- **ISO** : Organisation Internationale de normalisation.
- **MRC** : Maladie Rénale Chronique.
- **OMS** : Organisation Mondiale de Santé.
- **ONS** : Office National des Statistiques.
- **PCH** : Pharmacie Centrale des Hôpitaux.
- **PIMS**: Profit Impact of Marketing Strategies.
- **TQM**: Total quality management.

## Liste des figures

N°	Liste des figures	Page
01	Le modèle de la satisfaction (Adapté de PARASURAMAN, ZEITHAML ET BERRY)	09
02	Les trois caractéristiques de la satisfaction.	11
03	La qualité des soins	17
04	L'amélioration continue de la qualité des soins	22
05	les causes de l'insuffisance rénale chronique terminale	27
06	La répartition des patients dialysés selon les centres d'hémodialysé en 2016.	45
07	La répartition des patients dialysés dans la wilaya de Bejaia selon le secteur en 2016.	47
08	Le système de soin algérien	48
09	Répartition de nombre de dialysés selon le sexe en 2017	49

# Liste des tableaux

N°	Liste des tableaux	Page
01	Les interventions susceptibles d'influencer la pratique médicale.	20
02	Les principales causes de l'insuffisance rénale chronique terminale.	26
03	Classification des différents stades de l'IRC	25
04	Les principales causes de l'insuffisance rénale chronique terminale.	26
05	Evolution de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique en Algérie.	37
06	Evolution du nombre de patients en IRCT traité par la thérapie d'épuration extrarénale en Algérie de 1978 à 2010.	37
07	Les modes de traitement de l'insuffisance rénale chronique Terminale en Algérie	44
08	Evolution du nombre de l'insuffisance rénale chronique terminale dans la wilaya de Bejaia de 2011 à 2016.	45
09	Répartition des dialysés selon la tranche d'âge en 2017	47
10	Répartition de nombre de dialysés selon le sexe en 2017	48

## Sommaire

<b>Introduction Générale.....</b>	<b>01</b>
<b>CHAPITRE I : La satisfaction et la qualité des soins.....</b>	<b>06</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>06</b>
<b>SECTION 01 : Généralités sur la satisfaction.....</b>	<b>06</b>
<b>SECTION 02 : La qualité .....</b>	<b>13</b>
<b>SECTION 03 : La qualité des soins.....</b>	<b>16</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>26</b>
<b>CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE.....</b>	<b>27</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>27</b>
<b>SECTION 01 : Aspects médicaux et épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique en Algérie(IRC) .....</b>	<b>27</b>
<b>SECTION 02 : Etat des lieux de l'insuffisance rénale chronique terminale.....</b>	<b>41</b>
<b>Section 03 : Moyens la prise en charge .....</b>	<b>50</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>59</b>
<b>CHAPITRE III : ANALYSE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS : COMPARAISON ENTRE LE PUBLIQUE ET LE PRIVE .....</b>	<b>60</b>
<b>SECTION 01 : Présentation de la méthodologie et l'enquête de terrain.....</b>	<b>60</b>
<b>SECTION 02 : Présentation et analyse des résultats de l'enquête .....</b>	<b>63</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>84</b>
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>85</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Tables des matières</b>	
<b>Annexe</b>	



# SOMMAIRE

# **Introduction générale**

## Introduction générale

L'Algérie subit depuis 30 ans les conséquences d'une transition sanitaire accélérée<sup>1</sup>, avec la combinaison des 3 transitions : une transition épidémiologique avec un recul spectaculaire des maladies endémiques et une montée des maladies chroniques ; une transition démographique avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population ; et une transition socio-économique avec un changement dans le mode de vie et une progression de la sédentarité.

Les maladies transmissibles ont régressé sensiblement, certaines ont même été éradiquées en l'occurrence les maladies à transmission hydriques (à l'exception des toxico-infections alimentaires), les maladies bénéficiant d'un programme élargi de vaccination (sauf la tuberculose) et les maladies à transmission vectorielle, d'autres persistent encore à l'égard des zoonoses et, qui ne cessent de faire des ravages dans le pays.

La dégradation de l'hygiène alimentaire et de vie notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et du tabac où, l'on estime que près du tiers de la population consomme du tabac selon les données officielles en 2011 et 0,7 litres d'alcool sont consommés par habitant en 2013 selon l'OMS, faisant de l'algérien le premier consommateur d'alcool au Maghreb.

S'agissant de l'urbanisation, elle est passée de 30% de la population en 1960 à plus de 75% en 2014 selon la banque mondiale avec toutes ses conséquences sur le stress et la pratique du sport.

En plus de ces facteurs, la baisse de la fécondité passée de près de 7 enfants par femme en 1950 à moins de 2 enfants en 2014 ont conduit au développement des maladies chroniques qui touchent près de 60% des algériens, maladies nécessitant une prise en charge longue et coûteuse. De ce fait, le système de santé algérien se trouve contraint de faire face à des coûts de prise en charge importants, mais surtout doit adapter son offre de soins à la nouvelle demande en termes de personnel et de structures sanitaires.

---

<sup>1</sup> Khoukha MEKLAT, Brahim BRAHAMIA. « Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement »<sup>1</sup> La conférence –RR p ; 3,4.

## INTRODUCTION GENERALE

La transition socio-économique se manifeste notamment par une augmentation de l'Indice de développement Humain (IDH) passé de 0,5 en 1980 à plus de 0,7 en 2014, ce qui a eu pour conséquence l'augmentation des dépenses de santé.

L'accès aux services de santé n'est pas suffisant, aujourd'hui on parle de la Qualité de ce service sanitaire. La Constitution de l'OMS établit que le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable.

Le respect des besoins et des souhaits des patients est important dans tout système de santé. En effet, la satisfaction des patients est de plus en plus utilisée comme une mesure de la qualité des soins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé <sup>2</sup>: *« L'évaluation de la qualité est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins... »*. Ainsi, la satisfaction du patient apparaît-elle comme une composante de cette définition. Elle peut être *« considérée comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même »* grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins... ». Ainsi, la satisfaction du patient apparaît-elle comme une composante de cette définition. Elle peut être *« considérée comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même »*<sup>3</sup>

Vers les années 1960<sup>4</sup>, le concept qualité a pris véritablement sa place dans le domaine hospitalier. Cette exigence du contrôle de la qualité devient urgente dans les établissements sanitaires, en générale, et dans les établissements hospitaliers en particuliers ; car ils font l'objet de critique en ce qui concerne les coûts et la qualité de soins.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une pathologie grave et invalidante. Elle constitue aujourd'hui un vrai problème de santé publique du fait de l'augmentation de son incidence et de sa prévalence, ainsi qu'en raison du coût élevé des traitements de suppléance. Ces derniers étant très lourds et coûteux et on prévoit l'accroissement rapide

---

<sup>2</sup> <http://www.santé-publique.fr/qualité-des-soins>.

<sup>3</sup> <http://www.santé-publique.fr>.

<sup>4</sup> M HUBINON ; 2004, management des unités de soins, édition De Boeck, Bruxelles, 2e tirage, P, 51

## INTRODUCTION GENERALE

de ces dépenses car, d'une part, la population vieillit et, d'autre part, le diabète et l'hypertension artérielle, qui en sont les principales causes, touchent de plus en plus de personnes<sup>5</sup>.

Selon la société internationale de néphrologie, les maladies rénales chroniques affectent plus de 500 millions de personnes dans le monde, soit 10% de la population mondiale adulte. Il faut s'attendre malheureusement à ce que cette situation s'aggrave encore, du fait de la multiplication alarmante de ces hypertensions artérielles et du diabète dont les conséquences sur les reins sont néfastes.

En Algérie, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique est en constante augmentation. Plus de 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année en raison du vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, diabète et hypertension artérielle particulièrement. En effet, l'Algérie assiste à une transition épidémiologique qui est la conséquence des mutations démographiques qu'a connues le pays et des efforts consentis en matière de lutte contre des maladies transmissibles. Pendant longtemps, la situation sanitaire a été dominée par les affections transmissibles. Cependant, ces dernières années, on assiste à un bouleversement des problèmes de santé prévalent.

Les maladies non transmissibles occupent une place de plus en plus importante, notamment les maladies chroniques (cancers, insuffisance rénale chronique...).

Dans plusieurs pays, des lois et des textes législatifs sont émis<sup>6</sup>, afin de protéger les citoyens, et leur garantir un service sanitaire adéquat. Mais dans une organisation publique qui détient le monopole de l'offre de services et qui est à but non lucratif, la satisfaction de la demande est généralement insuffisante, sachant que le service public n'échappe pas aux exigences du contrôle de qualité. Le besoin, le désir et la demande est des concepts majeurs du marketing, ce dernier est très important pour chaque organisation, même pour un établissement sanitaire public. On parle alors de marketing public dans le but d'atteindre cette satisfaction.

---

<sup>5</sup> CHEURFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Terminale au sein d'un établissement hospitalier " cas de CHE de Bejaia ; mémoire de magistère. Option : Économie de santé. ; Université de Bejaia, 2012. p. 01.

<sup>6</sup>M HUBINON ; 2004, management des unités de soins, édition De Boeck, Bruxelles, 2e tirage, P, 51

## INTRODUCTION GENERALE

En définitive, le thème ici traité présente un intérêt capital dans la recherche en économie du développement, en raison de ;

- L'importance des établissements de santé pour la communauté, en raison de leur effet sur l'élément humain, qui est le principal moteur du processus de production et la base du développement économique ;
- La possibilité d'appliquer les concepts du marketing dans les organismes qui sont à but non lucratif et qui occupent néanmoins une place importante dans la société, tels que la santé, l'éducation, la sécurité... Cette étude traite de l'un de ces organismes qui ont une relation directe avec les usagers, c'est l'établissement de santé qui a un effet direct ou indirect sur la totalité des citoyens et qui vise à protéger le bien-être de l'individu.

Partant de là, L'objectif de notre travail est de tenter de faire une comparaison entre la qualité de la prise en charge de l'IRCT dans le secteur public et le secteur privé ; pour cela notre point de départ pour aborder cette problématique passe par la question suivante :

***Quel est le degré de satisfaction des patients souffrant de l'IRCT du niveau des prestations offertes par les établissements publics et leurs homologues privés ?***

Pour répondre à notre problématique, plusieurs questions méritent réflexion, à savoir :

- Quels sont les facteurs qui influencent la satisfaction des patients de l'hôpital public et de l'hôpital privé ?
- En quoi se distinguent les services offerts par les établissements privés comparativement aux établissements publics de santé ?

Afin de répondre à ces multiples interrogations, nous allons émettre trois (3) hypothèses sur lesquelles ce travail va se baser :

- La démarche marketing est fondamentale pour toute organisation, même c'est public ou privé.
- La qualité des services de soins a un effet positif sur la satisfaction du patient dans les établissements de santé public.

## INTRODUCTION GENERALE

- La mesure de la satisfaction des usagers peut contribuer à l'amélioration de la performance des établissements de santé et à mieux répondre aux besoins des usagers.

Pour répondre aux différentes questions et vérifier les différentes hypothèses de cette recherche, on a adopté une méthodologique descriptive et analytique. et nous avons exploité :

- Les travaux qui traitent des questions liées à la satisfaction des patients dans les organisations publiques et privées.
- Les travaux universitaires, articles de revues, mémoires et thèses concernant le marketing, la qualité et la satisfaction des patients ;
- Les articles, les rapports et les statistiques établies par le ministère de la santé, de la population et de réformes hospitalier ;
- Les textes juridiques portant sur l'organisation et la gestion des établissements de la santé publique.

Nous avons opté pour une étude analytique suite à la collecte des données de l'enquête de terrain sous forme d'un questionnaire distribué au sein des deux établissements de santé public (hôpital Frantz fanon) et privé (le Rameau d'Olivier), nous avons utilisé comme outil d'étude le logiciel « SPSS ».

Le présent mémoire comporte trois chapitres : le premier chapitre apporte des généralités sur la satisfaction et la qualité et la qualité des soins. Le deuxième chapitre porte sur le système de soins en Algérie et l'état des lieux de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Dans le troisième chapitre, nous essayons de tester les hypothèses formulées en s'appuyant sur une étude comparative entre deux établissements de santé (public et privé) au niveau de Bejaïa (cas de l'hôpital Frantz fanon et la clinique le rameau d'olivier)

**Chapitre 01 :**  
**La satisfaction et la qualité  
de soins**



## Introduction

Depuis un peu plus d'un quart de siècle, la satisfaction est devenue l'un des thèmes majeurs de l'étude du comportement du consommateur dont les entreprises se sont tenues compte qu'il s'agissait d'une variable-clé des comportements des clients.

La qualité est aujourd'hui une préoccupation majeure des établissements sanitaires. Au-delà d'une simple réduction des coûts attachés à la non-qualité, la recherche de la qualité des soins exprime le souci d'une satisfaction permanente des usagers, à l'extérieur de l'établissement sanitaire, comme à l'intérieur.

Avant d'aborder le concept qualité de soin qui sera l'objet de la dernière section, les généralités sur la satisfaction des clients, des patients en particulier est nécessaire.

## Section 01 : généralités sur la satisfaction des clients :

La satisfaction des clients est une notion essentielle dans la recherche marketing, diffère beaucoup selon les chercheurs, ce qui explique les nombreuses méthodes de mesure.

Dans cette section nous aborderons les différentes définitions de satisfaction, ses caractéristiques, et les différentes méthodes de mesure.

### 1.1. Définition

Pour ISO 9000<sup>1</sup>, la satisfaction peut se définir comme « *l'opinion du client sur le niveau de réponse d'une transaction à ses besoins et attentes.* »

Selon le dictionnaire « Le Robert » la Satisfaction de bien-être est « *le plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire ou simplement d'une chose souhaitable* ».

Selon KOTLER(p)<sup>2</sup> ; La satisfaction est une impression positive ou négative ressentie par un client vis-à-vis d'une expérience d'achat ou de consommation .elle résulte d'une comparaison entre des attentes à l'égard du produit et sa performance perçue.

---

<sup>1</sup> MONIN (J), « *La satisfaction qualité dans les services, outil de performance et d'orientation client* », édition AFNOR, Paris, 2001, p 108.

<sup>2</sup> KOTLER (F) et autres : « *Marketing management* », 12eme édition, paris, 2006, p .172.

La satisfaction est donc une évaluation la qualité perçue et les attentes préalables :

- Une expérience égale ou supérieur aux attentes créé le sentiment de plaisir (une satisfaction) ;
- Une expérience inférieure aux attentes provoque un déplaisir (une insatisfaction).

### 1.2. Les déterminants organisationnels de la satisfaction

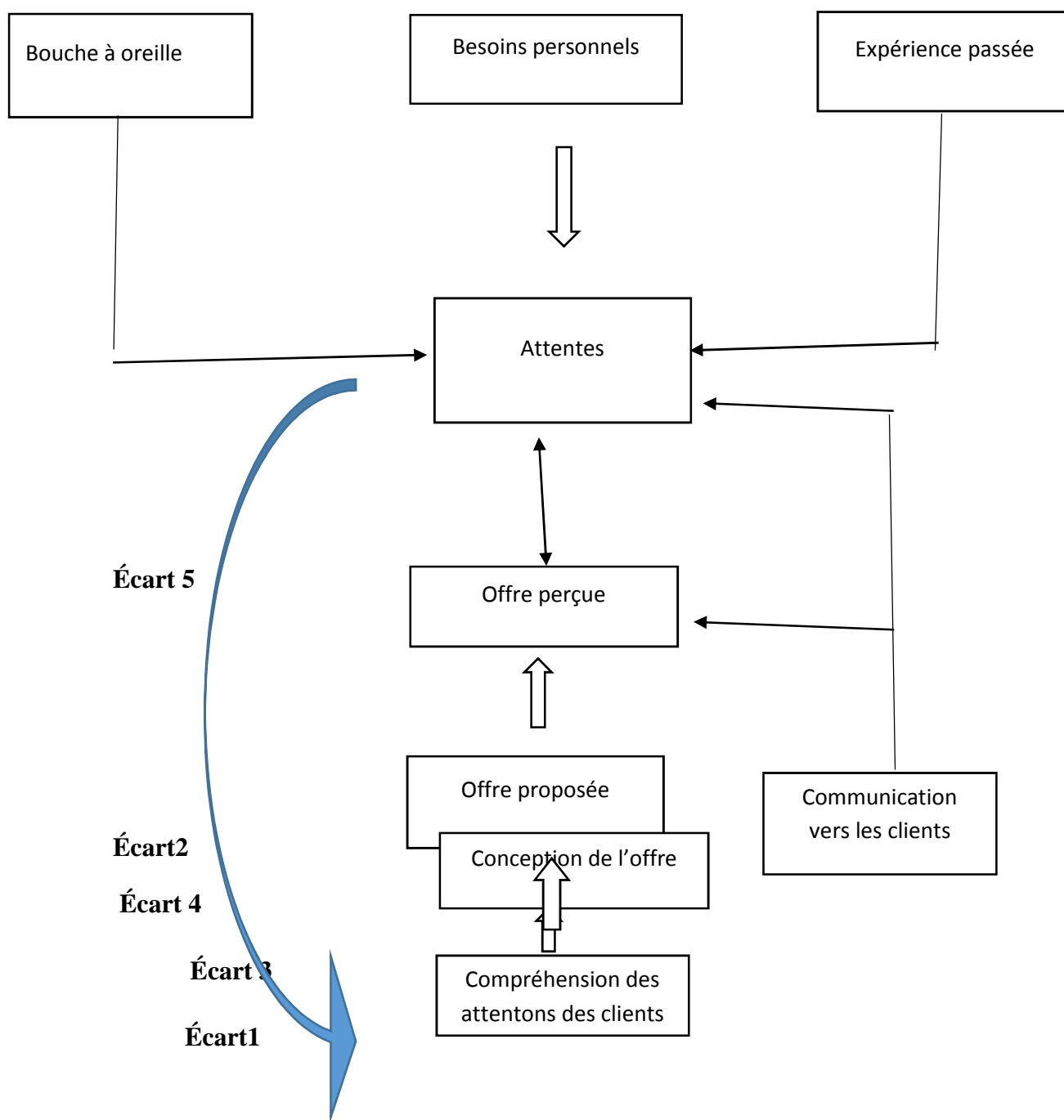
Parasuraman, Steinthal et Berry se sont penchés sur les déterminants organisationnels de la qualité des services, mais leur étude est tout à fait adaptée pour comprendre la satisfaction des clients en général <sup>3</sup> :

Leurs modèles reprennent le paradigme de la confirmation /infirmation tout en intégrant les déterminants organisationnels qui influencent chacun des deux termes de cette comparaison Et en soulignant les écarts susceptibles d'engendrer l'insatisfaction.

**Figure N°01 : Le modèle de la satisfaction (Adapté de PARASURAMAN, ZEITHAML ET BERRY)<sup>4</sup>**

---

<sup>3</sup> LENOREVIE(L) :«*Mercator* », 9ème édition, dunod, paris, 2009, P, 860



Source : philingueYenthi, satisfaction des patients hospitaliers en France et en Vietnam p15.

Les attentes se composent de deux éléments : la probabilité de réalisation de l'événement et son évaluation. La combinaison de ces deux éléments permet d'identifier différents niveaux d'attente du client.

<sup>4</sup> Étude de la satisfaction des étudiants de CESAG, 2010, p 15.

La compréhension des attentes des clients est primordiale pour définir l'offre de service et communiquer celle-ci efficacement. Pour se faire, il est nécessaire d'avoir un système cohérent de collecte de l'information et d'une politique de communication interne et externe.

### **1.2.1. Quatre déterminants principaux des attentes sont soulignés par les acteurs :**

- ✓ Le bouche-à-oreille, positif ou négatif sur l'offre : c'est la transmission d'information positives sur le service offert par une entreprise, elle est très importante pour cette dernière. Par exemple, les recommandations ou les conseils d'un ami peuvent déterminer vos attentes.
- ✓ Les besoins dont le client cherche la satisfaction : un facteur qui peut accroître ou diminuer vos attentes.
- ✓ L'expérience passée de l'offre : si vous avez déjà recours aux services, vous connaissez bien les conséquences liées à leur utilisation et votre degré de satisfaction influence directement vos attentes.
- ✓ La communication de l'entreprise vers le client : il existe deux types de communication la communication interne, et la communication externe

L'offre telle qu'elle proposée aux clients a d'abord fait l'objet :

- D'une compréhension des attentes à travers notamment les études de marché ;
- D'une politique de création de produit pour répondre aux attentes des clients ;
- De la réalisation effective du produit (fabrication ou prestation qui se produit dans l'offre proposée).

### **1.2.2. Les acteurs ont identifié cinq écarts possibles <sup>5</sup>:**

- Qualité de l'écoute (écart 1) : l'écart entre ce que les clients attendent et ce que l'entreprise comprend qu'ils attendent ;

---

<sup>5</sup> : PhilingueYenthi, satisfaction des patients hospitaliers en France et en Vietnam, mémoire de doctorat, université d'HENRI POINCARÉ, Nancy, 2003, p14.

- Qualité de la conception (écart 2) : l'écart entre ce que l'entreprise comprend des attentes des clients et la façon dont l'offre est conçue ;
- Qualité de la réalisation (écart3) : l'écart entre la façon dont l'offre est conçue et la façon dont elle est réalisée et proposée aux clients ;
- Qualité de la communication (écart 4) : l'écart entre la façon dont l'offre est réalisée et la façon dont elle est communiquée (promesse, publicité...);
- Qualité Satisfaction (écart5) : l'écart final, entre les attentes et l'offre perçue, de traduit

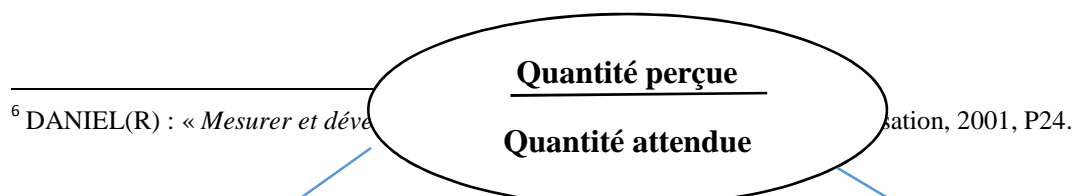
Par la satisfaction ou l'insatisfaction.

### 1.3. Les trois caractéristiques majeures de la satisfaction :

Le mode d'évaluation qu'à un client vis-à-vis d'un produit/service repose sur un ensemble de Critères et pour cela, il est clair de voir comment se forme son jugement sur chacun de ses critères.

Trois caractéristiques majeures de la satisfaction, qui sont la subjectivité, la relativité, et enfin l'évolutivité<sup>6</sup>. Comme présente le schéma suivant :

Figure n° 02 : Les trois caractéristiques de la satisfaction.



**Source :** RAY (D), « *mesurer et développer la satisfaction client* », 3<sup>ème</sup> édition, édition d'Organisation, Paris, 2002, p.24.

- ✓ **Subjectivité :** la satisfaction des clients dépend de leur perception de produit/service et non pas de la réalité objective ;
- ✓ **Relativité :** la satisfaction varie selon les niveaux d'attentes « ce ne soient pas les meilleurs produits qui se vendent le mieux... car ce qui compte n'est le fait d'être le meilleur, mais d'être le plus adapté aux attentes des clients ».
- ✓ **L'évolutivité :** la satisfaction évolue avec le temps à deux niveaux différents, en fonction à la fois des attentes et des standards, et de cycle d'utilisation des produits.
- ❖ L'évolution des attentes et des standards : Les clients définissent leurs attentes en fonction de l'état actuel des offres « standards ». Or, comme la loi de la concurrence incite les fournisseurs à augmenter leurs performances relatives afin d'être préférés.

Cette course fait inexorablement évoluer le niveau moyen des offres et donc les standards de référence. Le moment où le marché et donc les attentes des clients ont évolué plus vite que les Performances de l'entreprise, le taux de satisfaction est faible et l'entreprise perd des parts de marché et au contraire.

- ❖ L'évolution pendant le cycle de vie et l'utilisation de produit/service : En termes de mesure de satisfaction, le moment le plus crucial se situe donc enfin de «

consommation » du produit/service acheté, juste avant l'achat suivant. Une satisfaction positive à ce moment Précis constitue un Pré requis bien qu'insuffisant.

### 1.3.1. La cible de la satisfaction et ses objectifs

La cible de la satisfaction est définie par l'entreprise en fonction des objectifs qu'elle a retenus ; elle consiste <sup>7</sup>:

- Tous les clients actuels connus ;
- Un secteur de marché comprenant des clients actuels ou potentiel ;
- Un secteur de clientèle, par exemple une zone géographique ;

Parmi les objectifs de la satisfaction, on peut citer :

- Connaitre l'image de l'entreprise ;
- Connaitre son positionnement par rapport à la concurrence ;
- La satisfaction est une source de fidélisation, plus les usagers sont satisfaits plus leur fidélité s'accroît.
- Identifier des attentes nouvelles ou des projets des usagers.

### 1.4. Le lien entre la satisfaction et le profit de l'entreprise.

Il existe des relations très fortes entre la satisfaction et la rentabilité de l'entreprise, suivant deux approches complémentaires, on peut les structurées comme suit<sup>8</sup> :

- « Le profit dépend de la part de marché, or celle-ci est directement liée à la qualité perçue relative.
- « La fidélité des usagers maximise le profit. Et, sauf contre-exemple rare, pas de fidélité sans satisfaction ».

Selon le programme PIMS (Profit impact of Marketing Stratégies)<sup>9</sup>, une entreprise ayant une forte part de marché a une qualité perçue relative (grâce à une augmentation des prix relatifs et à une diminution des couts relatifs), et elle a, en moyenne, un retour sur

---

<sup>7</sup> OUYAHIA Siham, « Système de management de la qualité de satisfaction de la clientèle », université de Bejaia, 2015.

<sup>8</sup> RAY (D), « mesure et développer la satisfaction clients », 3ème édition, édition d'ORGANISATION, Paris, 2002, P 8.

<sup>9</sup> Créé en 1972 aux Etats- unis signifiant une base de données ; 2600 domaines d'activité stratégiques répartis aux Etats-Unis et en Europe apportent des éléments chiffrés sur la rentabilité réelle des actions marketing.

investissement près de 6 fois plus qu'une entreprise du même secteur qui ne remplit pas ces deux conditions<sup>10</sup>.

### SECTION02 : LA QUALITE

#### 2.1. Le concept de qualité

Dans cette section nous allons définir les principaux concepts qui se rapportant à la qualité et l'amélioration pour le but de satisfaire ses clients. Le terme de la qualité est interprété de plusieurs manières. Généralement, dans le langage courant, on dit qu'un produit est un produit de qualité lorsque le client est satisfait de la marchandise et des services offerts. Pour le client, la qualité est synonyme de satisfaction. En revanche, pour l'entreprise, la qualité a un sens différent ; par exemple, la qualité signifie la disponibilité du produit à moindre coûts.

##### 2.1.1. Définition selon l'Organisation Internationale de Standardisation (ISO)

Selon l'Organisation Internationale de Standardisation (ISO), la qualité d'un produit ou d'un service se définit comme l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui confère à celle-ci l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites (Soutenain & Farcet, 2007, p. 402).

CHERIFI définit la qualité comme un « ensemble des caractéristiques d'une entité active, Processus, et organisme, qui lui confèrent l'aptitude à la satisfaire des besoins et attentes Exprimés ou implicites ».

#### 2.2. Les formes de qualité

La qualité se dicline sous deux formes :

- La qualité interne elle correspond à l'amélioration du fonctionnement interne de l'entreprise, l'objectif de cette qualité est de limiter en maximum les dysfonctionnements internes de l'entrepris. La qualité interne passe par une étape d'identification et de formalisation des processus internes réalisés à une démarche qualité.
- La qualité externe : « La qualité pour le client résulte de la comparaison entre ce qu'il attend, le client attend qu'un produit (service) possède un certain nombre de caractéristiques, et ce qu'il perçoit une fois le produit (service) conçu et réalisé, le client perçoit des caractéristiques qu'il compare à ses attentes »

---

<sup>10</sup> Idem,



## CHAPITE I : NOTION SUR LA SATISFACTION

La qualité externe correspond à la satisfaction des clients. Il s'agit de fournir un produit ou un service conforme aux besoins des clients, de les fidéliser et ainsi améliorer la rentabilité.

- La qualité totale : La notion de la qualité totale est apparue les années soixante-dix au Japon pour connaître un essor considérable dans les années 80-90.

Le management total de la qualité ; en anglais, Total Quality Management (TQM) : est un « mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous les membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour les membres de l'organisme et pour la société »

La qualité implique la participation et la motivation de tous les membres de l'organisation de plus haut niveau de la direction aux employés simples visant un succès à long terme par la satisfaction de la clientèle et par la réalisation de la performance au sein de l'entreprise. De ce fait, la qualité totale, pour une entreprise, est une « politique qui tend à la mobilisation permanente de tous ses membres pour améliorer la qualité de ses produits et services, la qualité de son fonctionnement et la qualité de ses objectifs en relation avec l'évolution de son environnement. »

### 2.3. Le but de la qualité :

La qualité a un but principal externe qui consiste à mieux servir les clients en leur offrant ce qu'ils désirent quand ils le désirent. Ce qui implique :

- Une identification précise des clients potentiels ;
- Une écoute attentive de leurs besoins.

Et qui va permettre de :

Leur donner confiance et satisfaction, Les fidéliser et en gagner de nouveaux. Mais elle a aussi d'autres buts internes à l'entreprise dont il accroître l'intérêt du personnel pour son travail par :

- Sa responsabilisation ;
- Le renforcement de l'esprit de groupe ;
- Le développement d'un sentiment de fierté à l'égard de l'entreprise.

Impliquer la direction, ce qui permet de :

- Faire évoluer le management vers une prise en compte
- Accroître la rentabilité de l'entreprise en améliorant les résultats de façon durable et continue.
- Faire baisser le taux de produits ne satisfaisant pas les attentes des clients.
- Améliorer l'image de marque de l'entreprise
- Multiplier ses avantages compétitifs dans un contexte ultra-concurrentiel.

### 2.3.1. L'importance de la notion de qualité :

Si la qualité a une grande importance pour l'entreprise, elle en a aussi pour le consommateur à qui elle doit « satisfaire les besoins » exprimés ou implicites.

#### a) La qualité pour le consommateur :

Les éléments sur lesquels repose la satisfaction des clients sont les suivants :

La performance du produit à différents niveaux notamment ceux de la puissance, la précision, la fiabilité, l'économie d'utilisation, la facilité d'emploi et l'esthétisme.

La qualité des services d'accompagnement comme la mise en service, la formation des utilisateurs, les conseils techniques, l'entretien et la réparation.

La qualité des délais et le respect des engagements, l'image de marque de l'entreprise.

Mais si la qualité a une importance chez le consommateur car elle comble ses besoins, elle a aussi comme spécificité d'en créer. La qualité peut être comparée à un véritable outil de marketing qui crée un besoin chez le consommateur : tous les labels rouges ou « produits de l'année » sont autant de publicité vantant les qualités de produits.

#### b) La qualité pour l'entreprise :

La qualité représente désormais un véritable projet d'entreprise pour différentes raisons :

- La différenciation du produit ou service ;
- L'amélioration de l'image de marque de l'entreprise ;
- La baisse des coûts de non qualité qui sont souvent élevés et cachés
- La génération d'un bon retour sur investissement ;

- L'amélioration des résultats économiques de l'entreprise ;
- Le développement d'une culture de qualité chez l'entreprise.

### 2.3.2. La qualité et le marketing :

La qualité ne concerne pas seulement le produit ou le service mais toute la politique stratégique de l'entreprise.

Le marketing insiste non seulement sur le bon fonctionnement d'un produit/service, car cela doit être indiscutable, mais aussi sur la satisfaction qu'il apporte à son utilisateur.

Il a un rôle essentiel à jouer dans cette recherche permanente de la qualité, de même cette dernière est utilisée par l'entreprise comme un outil de marketing pour :

Montrer que ses produits sont bons, et plus encore, meilleurs que ceux de ses concurrents.

- Redonner confiance aux consommateurs après une crise majeure. Le seul moyen de relancer une marque, un produit ou un service correctement sur le marché, est de communiquer sur un nouveau processus de fabrication ou un nouveau mode de traitement, plus fiable, plus maîtrisé et plus contrôlé.
- Profiter de l'effet de mode dont bénéficie actuellement la notion de qualité. Aujourd'hui, les entreprises communiquent sur le sujet en toutes occasions.

### SECTION 03 ; LA QUALITE DES SOINS.

Le problème de la qualité de soins se pose depuis de très nombreuses années dans la plupart des pays industrialisés par rapport à d'autres pays équivalents. Et pour l'OMS, des soins de Qualité sont efficaces, appropriés, surs, accessibles, acceptables pour le patient, et les moins coûteux<sup>11</sup>.

La qualité des soins est une démarche fondamentale qui a été défini par plusieurs auteurs.

Selon A DONABEDIAN « *Un soin de grande qualité est un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même* ».

---

<sup>11</sup> GAY (B) et autres « Médecine générale », édition MASSON, Paris,2000, p 309.

La qualité des soins signifie légitimation des soins, justification des soins fournis, accès au soin et justice sociale, continuité des soins, mais aussi gestion du personnel de soins<sup>12</sup>.

La qualité des soins est la capacité de répondre aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles<sup>13</sup>. Elle inclut la sécurité des patients dans le sens de la gestion et de la prévention des évènements indésirables liés à leur prise en charge.

### 3.1. Pourquoi mesurer la qualité des soins ?

La mesure de la qualité des soins est nécessaire pour améliorer la qualité des soins. Cette mesure a pour but d'évaluer la qualité des soins à un moment donné et de suivre son évolution notamment en fonction des politiques d'amélioration de la qualité des soins par les prestataires de soins et tout autre organisme ou personne impliquée dans la qualité des soins.

Dans un contexte de concurrence accrue entre les établissements de soins et de libre choix de l'hôpital, cette mesure a aussi pour but d'augmenter la transparence du système de santé afin notamment de permettre aux patients et décideurs dans le domaine de la santé de faire des comparaisons et des choix raisonnés. Pour ce faire, il faut utiliser des mesures valides et utiles de la qualité des soins.

### 3.2. Les caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins :

Parmi les exigences de qualité que l'on considère généralement à l'égard d'un indicateur, il y en a cinq que l'on retrouve pratiquement dans tous les travaux : la validité, la fiabilité, la sensibilité, la spécificité et la robustesse.

- ✓ **La validité** : C'est la capacité de mesurer réellement ce que cet indicateur doit

Mesurer ;

- ✓ **La fiabilité** : C'est de produire des résultats constants où l'application EST faite

Répétitivement sur le phénomène dans le même état

- ✓ **La sensibilité** : L'indicateur doit aussi montrer une grande sensibilité à détecter les

---

<sup>12</sup>Conférence des hôpitaux académiques de Belgique, Read van universitaire, Soins de qualité et accréditation, 2007, p 02.

<sup>13</sup> Ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients, Art. 2.

Moindres variations des phénomènes qu'il représente ;

- ✓ **La spécificité** : L'indicateur doit être propre au phénomène (concept) étudié ;
- ✓ **La robustesse** : C'est de faire référence à SA capacité de résister à l'utilisation que l'on En fait ;

Les indicateurs permettent soit de :

- Mesurer l'attente des objectifs du processus ;
- Mesurer la perception des résultats par les clients ;
- Intervenir sur le déroulement de processus.

Dans la pratique, la qualité se décline sous deux formes ; externe et interne :

### 3.3. L'amélioration de la qualité de santé

D'une exigence déontologique fondamentale de la pratique médicale, la qualité est devenue un enjeu collectif, fortement investi par l'ensemble des acteurs de la santé.

La qualité de soins et plus largement du système de santé constitue désormais un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnelles, des citoyens et des acteurs de la décision publique.

Et depuis le début des années 1990, les initiatives des acteurs de terrain rejoignent les Initiatives publiques pour améliorer la qualité en santé, elles convergent pour définir la qualité Comme un impératif médical, une exigence sociale, une nécessité économique et politique<sup>14</sup>.

### 3.4. Amélioration de la qualité des soins

#### 3.4.1. Les outils pour améliorer la qualité des soins

L'analyse de la littérature médicale permet de distinguer quatre types d'outils pour améliorer la qualité des soins :

---

<sup>14</sup> HAS (haute autorité de santé), « définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé-pour un débat Public », France, décembre 2007, p 01.

- Outils relatifs aux connaissances et aux compétences : par la formation médicale

Initiale et continue, lecture de revue, recommandations et références médicales, etc.

- Outils relatifs à la décision médicale et concourante à l'amélioration de la qualité : aide-mémoire, informatique, etc.
- Outils relatifs au contrôle de la qualité : audit clinique, retour d'information, groupes de pairs, etc.
- Outils relatifs à l'amélioration de la qualité : démarche et assurance qualité, etc.

La philosophie qui sous-tend les stratégies d'amélioration de la qualité reconnaît que ce sont à la fois les ressources (intrants) et les activités (processus) qui doivent être abordés ensemble afin d'assurer ou d'améliorer la qualité des soins (extrants/résultats).

### **3.4.2. Amélioration des pratiques médicales**

#### **3.4.2.1. Le capital humain au milieu d'un établissement hospitalier**

Le capital humain est une ressource, une force et une richesse à préserver autant qu'un investissement immatériel indispensable pour répondre aux missions de l'établissement hospitalier.

Les interactions entre les patients et les employés de l'établissement hospitalier ont une influence significative sur la nature et la perception du service, elles influencent fortement les patients.

Une des conditions de succès des entreprises de service en générale, et les établissements hospitaliers en particulier, est alors de déployer des efforts importants en recrutement, formations et motivations des employés. Il sera nécessaire de définir avec précision les finalités et de recourir à des praticiens formés et compétents, afin de s'adapter parfaitement aux tâches et aux missions à accomplir (éviter, ou tout au moins réduire tout dysfonctionnement).

#### **3.4.2.2. L'efficacité des groupes et de l'équipe : le couple adhésion/cohérence.**

La performance d'une équipe est fortement influencée par deux variables, l'adhésion aux objectifs et la cohérence dans le groupe. SCHACHTER a proposé l'extrait de cette combinaison :<sup>15</sup>

➤ *Une adhésion forte aux objectifs et aux processus + une cohérence forte = une Performance optimale.*

➤ *Une adhésion forte aux objectifs et aux processus + une cohérence faible = une Performance bonne.*

➤ *Une adhésion faible aux objectifs et aux processus + une cohérence forte = la Performance la plus faible.*

➤ *Une adhésion faible aux objectifs et aux processus + une cohérence faible = une mauvaise performance.*

### 3.4.2.3. Les interventions susceptibles d'influencer les pratiques médicales

La médecine s'exerce aujourd'hui dans un contexte d'augmentation exponentielle de l'information scientifique, cette augmentation traduit aussi la mise à disposition auprès de la clientèle de nouvelles modalités diagnostiques ou thérapeutiques dans un contexte de contrainte budgétaire de plus en plus prégnant. Or, aucun système de santé dans le monde ne permet une utilisation sans limite des technologies médicales ; mais la contrainte n'est pas seulement économique, le public accepte de plus en plus difficilement les différences de pratique inexplicables qui sont observées, d'une région à l'autre, d'une structure de soins à l'autre, d'une paye à l'autre.

La pratique médicale est très dépendante de l'organisation du système de soins, mode de pratique professionnelle (médecin isolé ou travaillant en groupe, mode de rémunération, mode et niveau de prise en charge des actes, niveau de concurrence entre secteur public et secteur Privé, etc.).

Le tableau suivant présente un résumé de différentes interventions, à l'impact sur les pratiques

#### **Tableau 01 : Les interventions susceptibles d'influencer la pratique médicale**

<sup>15</sup> POILROUX (R), « Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux », Édition BERGER-LEVRULT, Paris, p 44.

## CHAPITE I : NOTION SUR LA SATISFACTION

Types	Description
<p><b>Délusion et Formation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- distribution de documents, recommandation</li> <li>- matériels éducatifs, monographie</li> <li>- conférences sur un thème donné,</li> <li>- élaboration de consensus locaux sur les procédures médicales, groupes de travail</li> <li>- formation médicale continue</li> <li>- visites d'éducatons au cabinet du médecin</li> <li>- marketing de l'industrie pharmaceutique</li> </ul>
<p><b>Encadrement des Pratiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- audit feed-back</li> <li>- rappel au moment de la décision</li> </ul>
<p><b>Incitation Financière</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- incitations collectives, mode de rémunération des professionnels,</li> <li style="text-align: center;">Mode de remboursement des soins</li> <li>- incitations individuelles : sanction/bonus, en fonction de différents critères (activités, qualité des soins, résultats financier, etc.),</li> <li>responsabilité médicale, participation financière dans une structure</li> <li style="text-align: center;">De santé.</li> </ul>
<p><b>Interventions Organisationnelles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- impact des différents modes d'organisations des soins sur les pratiques</li> <li>- impact des caractéristiques structurelles (système d'information, organisation du travail, coordination des soins)</li> </ul>

**Source :** DURIEUX (P), « *Comment améliorer les pratiques médicales* », édition Flammarion, Paris p03.

### 3.4.2.4. La qualité des soins et les pratiques professionnelles des infirmiers



Quatre grandes étapes ont été proposées par le projet Américain « hôpital l'attractif » (2008) Afin d'améliorer en parallèle la qualité des soins et la satisfaction professionnelle des infirmières Américaines<sup>16</sup> :

### ➤ **Evaluation de la qualité des soins infirmières :**

Par l'IGECSI « indicateur global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers », c'est un outil qui permet d'évaluer le cadre de travail (organisation et logistique), les processus engagés (notamment les pratiques professionnelles) et leurs conséquences (efficacité recherchée, effets secondaires, impacts). Il utilise un ensemble de critères concernant le management des unités de soins (santé de travail), les procédures utilisées (le dossier patient, le parcours de soins), la satisfaction des patients (information, confidentialité des données, implication de la famille).

### ➤ **Amélioration des pratiques de soins infirmiers**

La capacité d'écouter le patient et d'entrer en relation avec lui dans une approche bienveillante favorise la qualité de vie des patients hospitalisés. Plusieurs outils sont utilisés pour évaluer et améliorer les pratiques de soins infirmiers, par exemple les outils d'évaluation des attitudes de la relation d'aide. Le développement de l'éducation à la santé. Ainsi le changement des connaissances dont l'objectif ultime est le transfert et la dissémination des connaissances de la théorie à la pratique clinique.

### ➤ **Gestion et organisation du travail**

Par la publication et la diffusion d'un guide de présentation du groupe hospitalier, ce dernier sera optimisé notamment pour aider au développement d'une culture de l'hôpital, élaborer des programmes de gestion du stress, évaluation de la charge en soins, le concept d'hôpital sportif (des activités sportives pour les personnels), management des compétences.

### ➤ **Recherches en soins**

Cette partie est essentielle, permettant de valoriser les professionnelles, d'augmenter leurs compétences et d'améliorer la qualité des soins par l'organisation des journées sur la recherche infirmier, développer une formation d'initiation à la recherche, l'apprentissage de l'anglais, etc.

---

<sup>16</sup> <http://www.CAIRNts> des santés. Fr IMG, « comment rendre un hôpital attractif », octobre, USA, p 02.

### 3.5. Amélioration de processus de soins

L'amélioration de processus des soins, non seulement engendre de meilleurs résultats pour le patient, mais réduit aussi le coût de la prestation de service, elle élimine le gaspillage, le travail inutile et le travail à refaire. Cette amélioration de la qualité intégrée le contenu des soins et le processus de prestation des soins.

#### 3.5.1. Modes d'amélioration

Lorsque le contenu des soins est examiné, alors c'est le moment de passer en revue et d'actualiser la prise en charge clinique des patients, afin d'obtenir des améliorations pour ce qui est des soins cliniques. Pour ce faire, il est logique d'utiliser la documentation médicale basée sur des preuves et les informations les plus probantes qui soient, afin d'actualiser les pratiques cliniques. Le moment où nous examinons le processus des soins, l'objectif est de renforcer les capacités en ce qui concerne la prestation de soins de santé, pour que ces capacités permettent la mise en œuvre du contenu actualisé.

**Schéma 03 : L'amélioration continue de la qualité des soins.**

Processus des soins  
Amélioration de la qualité  
Méthodologie

Amélioration  
Traditionnelle  
De la qualité

Amélioration  
Continue de la  
Qualité

**Source :** Rachad MASSOUD, « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des Soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; centre for human service ; Décembre 2002 ; USA.

**CONCLUSION**

## CHAPITE I : NOTION SUR LA SATISFACTION

La satisfaction est un concept multidimensionnel difficile à étudier. Elle constitue un domaine de recherche privilégié dans la mesure où la réponse aux attentes et besoins des clients est une nécessité de survie commerciale pour les entreprises et une obligation pour les établissements de santé. Les travaux sur son évaluation sont en expansion et profitent des progrès réalisés en psychologie. L'hospitalisation publique et privé doit bénéficier de ces avancées pour s'inscrire dans le processus d'amélioration continue de la qualité<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Article L 710-1 du code de la qualité de santé publique, Manuel d'accréditation, Février 1999, p 11

# **Chapitre 2 : Le système de soins en Algérie**

### **Introduction**

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa Constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé. Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances.

Dans ce chapitre nous allons illustrer les différents aspects médicaux et épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique, l'état des lieux et les moyens de prise en charge en Algérie.

### **SECTION 01 : ASPECTS MEDICAUX ET EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE EN ALGERIE (IRCT).**

#### **1. Aspect médical de l'insuffisance rénale chronique**

L'insuffisance rénale chronique est la résultante de la perte progressive dysfonctions des reins. Elle se définit par une diminution prolongée, souvent définitive, des fonctions rénales exocrines et endocrines. Elle est la conséquence commune de la destruction irréversible du Parenchyme rénal au cours de maladies très diverses affectant les reins ou les voies excrétrice.

##### **1.1.Définition de l'insuffisance rénale chronique**

L'insuffisance rénale chronique correspond à une altération lente (sur plusieurs mois ou années), permanente et irréversible des fonctions rénales, due à la perte définitive d'un nombre significatif de néphrons fonctionnels (réduction néphrotique).

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation en santé) a défini L'insuffisance rénale chronique (IRC) par une diminution progressive des fonctions

rénales objectivée par une diminution permanente et irréversible du débit de filtration glomérulaire<sup>1</sup>.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie également par une réduction plus de trois mois de la filtration des déchets. Elle est appréciée par la mesure ou l'estimation de débit de filtration glomérulaire (DFG < 60ml/min/mois).<sup>2</sup>

Les reins assurent trois fonctions majeures qui sont :

- Filtrer le sang et produire l'urine pour éliminer les déchets du corps, empêchant ainsi l'accumulation de toxines dans le courant sanguin ;
- Produire des hormones qui agissent sur d'autres fonctions du corps comme la régulation de la pression artérielle et la production de globules rouges sanguins ;
- Régir la concentration des éléments minéraux électrolytes (par exemple le sodium, le Calcium et le potassium) et la quantité de liquide dans l'organisme.

### 1.2. Classification de l'insuffisance rénale chronique :

La classification la plus répandue est celle adoptée lors de la conférence de KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Le degré d'altération du débit de filtration glomérulaire permet de classer l'IRC en cinq niveaux de stade de degré. Le tableau 01 présente ces différents stades de l'IRC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> CHEURFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Terminale au sein d'un établissement hospitalier » cas de CHE de Bejaïa ; mémoire de magistère. Option : Economie de santé.; Université de Bejaïa, 2012 .p16.

<sup>2</sup> Jacob L : l'insuffisance rénale aigue, éd Springs, paris, 207, p1.

<sup>3</sup> CHEURFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Terminale au sein d'un établissement hospitalier » cas de CHE de Bejaïa ; mémoire de magistère. Option : Economie de santé. Université de Bejaïa, 2012. P7

**Tableau 01 : Classification des différents stades de l'IRC**

STADE	Description	ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	Terminologies
<b>1</b>	<b>Atteinte rénal avec ou sans DFG normal</b>	<b>≥ 90</b>	<b>Maladie rénale sans insuffisance rénale.</b>
<b>2</b>	<b>Atteinte rénal avec une diminution légère du DFG.</b>	<b>60-89</b>	<b>Insuffisance rénale débutante</b>
<b>3</b>	<b>Une diminution modérée du DFG</b>	<b>30-59</b>	<b>Insuffisance rénale modérée.</b>
<b>4</b>	<b>Une diminution sévère du DFG</b>	<b>15-29</b>	<b>Insuffisance rénale Sévère</b>
<b>5</b>	<b>Défaillance rénale</b>	<b>&lt;15</b>	<b>Insuffisance rénale terminale.</b>

**Source** : registre riens 2008. Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique In : [www.agence-biomédecine.fr](http://www.agence-biomédecine.fr).

Les recommandations d'ANAES<sup>4</sup> en France de 2002, ne distinguent que quatre Stades en regroupant dans le premier stade tous les patients ayant un débit de filtration Glomérulaire >60ml/min et une atteinte rénale.

La classification de l'insuffisance rénale chronique permet de standardiser L'approche de la maladie rénale, d'autoriser l'analyse épidémiologique et de supporter Les recommandations cliniques très dépendantes de l'état d'avancement de la maladie rénale<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> ANAES : diagnostic de l'insuffisance rénale chez l'adulte, paris : ANAES, septembre 2002.

<sup>5</sup> CHEURFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique



### 2.2. Les facteurs de risque et les symptômes de l'insuffisance rénale chronique

L'identification des causes de l'insuffisance rénale est très importante car certaines d'entre elles sont réversibles lorsqu'elles sont identifiées et traitées correctement.

### 2.3. Les facteurs de risque de l'insuffisance rénale chronique

La reconnaissance des causes de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est très importante car certaines d'entre elles sont contrôlables lorsqu'elles sont identifiées et traitées correctement.

Les causes de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont multiples, et varient en fonction de l'âge des patients. En effet, la majorité des néphropathies chroniques sont actuellement d'origines diabétiques et vasculaires.

**Tableau 02 : Les principales causes de l'insuffisance rénale chronique terminale.**

Type de néphropathie	l'indice de population atteint d'IRCT%
Glomérulonéphrites	11.7%
Pyélonéphrites	4.1%
Polykystose	6.3%
Diabète	22.9%
Hypertension	24.4%
Vasculaires	1.6%
Autres maladies rénales	15.9%
Inconnues	13.1%
<b>Total</b>	<b>100</b>

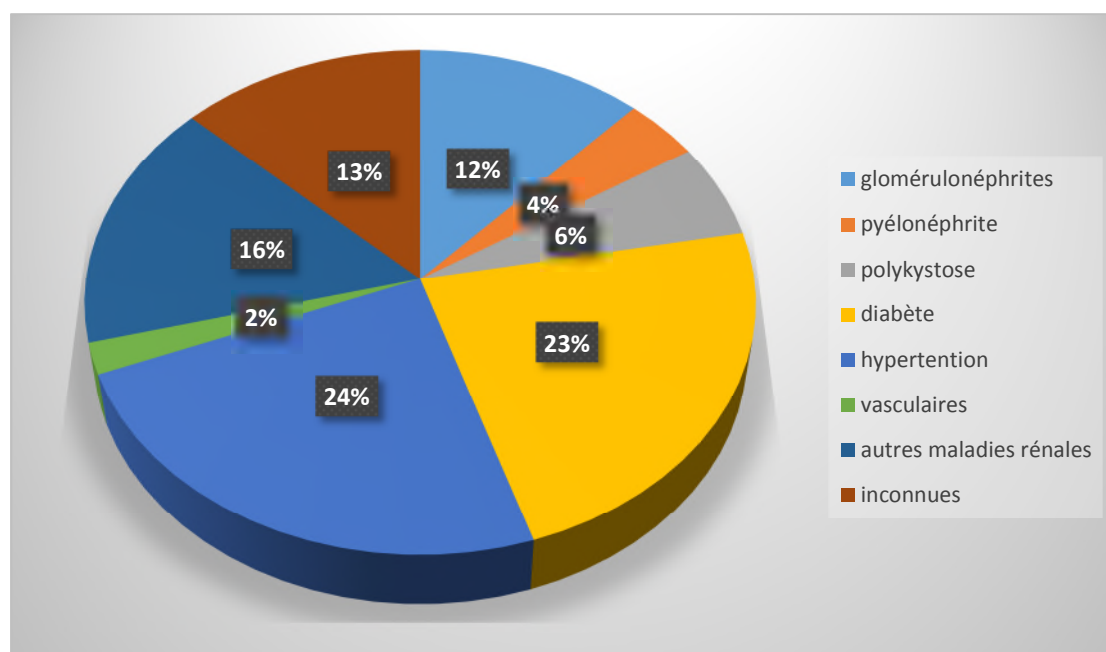
Source : Registre rein 2008. Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique.

## CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE

Les causes les plus fréquentes de l'insuffisance rénale chronique est le diabète de 22,9% qu'il soit de type 1 ou de type 2. En effet, le diabète endommage les petits vaisseaux sanguins, compris ceux qui se trouvent à l'intérieur des reins, l'hypertension artérielle de 24,4%, autre maladie rénale de 15,9% et 13,1% indéterminés. D'autres facteurs de risque peuvent provoquer une insuffisance rénale chronique dont les

Suivantes : Glomérulonéphrites de 11,7%, Pyélonéphrites 4,1%, Vasculaires 1,6%, Polykystose 3%.

**FIGURE 02 : les causes de l'insuffisance rénale chronique terminale**



Source : réalisée par nos soins à partir des données de ministère de la santé, de la population et des réformes hospitalier

### **2.1.1. Les causes plus fréquentes**

#### **2.1.1.1. Le diabète**

Le diabète est devenu la cause la plus fréquente en deuxième position d'insuffisance rénale chronique terminale, (IRCT). Il représente environ 30% des formes d'insuffisance rénale terminale.

(IRT) avec de larges variations d'un pays à l'autre. En raison de l'épidémie mondiale du diabète évoluant parallèlement à l'hyper-alimentation, les patients avec un diabète de type 2 représentent la plupart des patients arrivant au stade terminal de l'insuffisance rénale chronique<sup>6</sup>.

#### **2.1.1.2. L'hypertension artérielle**

L'hypertension artérielle est la première cause reportée à l'insuffisance rénale chronique terminale.

Dans une étude épidémiologique concernant 361659 hommes hypertendus suivis pendant 15 ans en moyenne, 924 développent une insuffisance rénale chronique terminale (RCT). Ceci représente une incidence de 17,12 pour 100000 sujets par an<sup>7</sup>.

### **2.1.2. Les causes les moins fréquentes**

#### **2.1.2.1. Glomérulonéphrites chroniques**

Les glomérulonéphrites chroniques désignent des maladies de reins atteignant plus particulièrement les glomérules. Les causes de ces dernières sont : les anticorps, une infection et d'une réaction médicamenteuse, d'un cancer ou d'autres maladies<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> CHEURFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale Chronique terminale au sein d'un établissement hospitalier » : cas de CHE de Bejaïa ; mémoire de Magistère. Option : économie de santé. Université de Bejaïa, 2012. P 9.

<sup>7</sup> CHARFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale Chronique terminale au sein d'un établissement hospitalier » : cas de CHE de Bejaïa ; mémoire de Magistère. Option : économie de santé. Université de Bejaïa, 2012. P 09.

<sup>8</sup> Idem. P. 09

### 2.1.2.2. Néphropathies interstitielles

Les néphropathies interstitielles médicamenteuses et toxiques représentent aujourd'hui les causes les plus fréquentes des néphropathies interstitielles évoluent vers l'insuffisance rénale chronique. De nombreux médicaments (analgésiques, antibiotiques...) peuvent être responsables de néphropathies interstitielles<sup>9</sup>.

### 2.1.2.3. Néphropathies héréditaires

Les néphropathies héréditaires et/ou congénitales peuvent être kystiques ou non kystiques. Néanmoins, les néphropathies héréditaires rénales sont la plus fréquente. Elles représentent 80% des causes d'insuffisance rénale terminale (IRT) par néphropathies héréditaires<sup>10</sup>. Les maladies du rein héréditaires kystiques apparaissent en général vers la troisième décennie de la vie et évoluent lentement pendant les 10 à 20 années suivant sa découverte. En revanche, les patients ayant ces maladies n'évoluent pas nécessairement vers l'insuffisance rénale terminale.

## 2.1. Les symptômes de l'insuffisance rénale chronique terminale

L'insuffisance rénale chronique (IRC) peut perturber l'ensemble des tissus et organes, chacun d'entre eux étant plus ou moins marqué pour un malade donné. L'urée sanguine ayant été le premier marqueur facilement identifié<sup>11</sup>. Ainsi, parmi les manifestations générales de l'IRCT, nous dénombrons les suivantes :

- Une asthénie physique et psychique d'aggravation progressive. En plus, dans la majorité des cas le patient se plaint de somnolence, avec des troubles de la conscience, tels que confusion<sup>12</sup>.
- Une polyurie accompagnée d'une polydipsie c'est-à-dire sécrétion d'urine accompagnée d'une soif excessive.

---

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> CHARFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale Chronique terminale au sein d'un établissement hospitalier » mémoire de magistère. Option : économie De santé. Université de Bejaïa, 2012, p 10.

<sup>12</sup> CHARFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale Chronique terminale au sein d'un établissement hospitalier » mémoire de magistère. Option : économie De santé. Université de Bejaïa, 2012, p 10.

- Des troubles sensitifs subjectifs, associant une sensation de brûlures dans la plante des pieds (pieds brûlants) et de jambes sans repos. Des crampes douloureuses, volontiers nocturnes, sont également présentes<sup>13</sup>.
- Sensation de mauvais goût dans la bouche, en particulier le matin au réveil,

Avec sensation de bouche sèche, amère, goût d'ammoniaque ou de fer. L'examen Physique retrouve une langue souvent chargée, avec des empreintes dentaires<sup>14</sup>

- Nausées et vomissements, contribuant à l'amaigrissement et à la fonte musculaire de ces patients.

### **3. Les traitements et préventions de l'insuffisance rénale chronique**

Lorsque l'IRC est parvenue au stade ultime, la fonction rénale doit être supplée par une transplantation rénale ou par épuration extra rénale (la dialyse).

#### **3.1. Les traitements de l'insuffisance rénale chronique**

##### **3.1.1. La Dialyse**

La dialyse épure le sang au travers d'une membrane semi-perméable grâce à des échanges entre le sang et un liquide de dialyse contenant des électrolytes à une concentration voisine de celle du plasma (dialysat). Il existe deux techniques de dialyse qui ont chacune plusieurs modalités qui sont l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

##### **3.1.1.1. Hémodialyse**

L'hémodialyse se compose de deux mots hémato et dialyse qui viennent de mots grecs respectivement sang et séparer<sup>15</sup>, consiste à débarrasser le sang de substances toxiques qui sont habituellement éliminées par les reins lorsqu'ils fonctionnent normalement.

---

<sup>13</sup> Idem.

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> Boubchir M-A. : op.cit., p 192.

Pour se faire l'hémodialyse met en jeu deux mécanismes, l'un basé sur le principe de la diffusion au travers d'une membrane semi-perméable, l'autre sur celui de l'ultrafiltration.

### 3.1.1.2. Dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale (DP) est une technique d'épuration plasmatique qui, comme l'hémodialyse, est fondée sur le principe des échanges entre le sang (à épurer) et un liquide d'épuration (liquide de dialyse) séparés par une membrane semi-perméable (le Péritoine<sup>16</sup>). C'est une technique qui se fait à domicile.

Elle peut être manuelle de jour, ou automatisée, grâce à une machine, la nuit Pendant le sommeil. Elle convient à tous les âges l'élimination des déchets se fait donc En continu se rapprochant ainsi un peu du fonctionnement d'un rein normal. il existe Deux méthodes de dialyse péritonéale : la dialyse péritonéale continue ambulatoire<sup>17</sup> la Dialyse péritonéale intermittente (DPI).

### 3.1.2. La greffe d'organe

La greffe consiste à transplanter chez le receveur un rein prélevé sur un donneur en État de mort cérébrale (donneur cadavérique)<sup>18</sup> ou sur un donneur vivant (jumeau, Parent, ou, dans certaines circonstances une personne ayant un lien affectif étroit et Stable avec le receveur). Les termes de « greffe » et de « transplantation » sont utilisés Indifféremment.

La transplantation rénale est théoriquement indiquée chez toute personne une Insuffisance rénale au stade terminale. Elle est ainsi le meilleur traitement de l'IRCT vue le caractère complet de substitution.

<sup>16</sup> Le péritoine est une membrane située dans la cavité abdominale et tapissant les intestins.

<sup>17</sup> La DPCA est la méthode la plus couramment employée. Décrite en 1976, son principe est simple. Cette Technique utilise des cycles longs et des échanges manuels. In : HAS : Indications et non-indications de la Dialyse péritonéale chronique chez l'adulte, Argumentaire, HAS / Service des bonnes pratiques Professionnelles / Juin 2007.

<sup>18</sup> 21Rayane T. : Transplantation rénale. In Revue Néphrologie, urgences médicales ISSN 1112-4156/DLN°1021-2002. Spécial néphrologie, 2006, p61.

### 3.2. Les préventions de la maladie rénale chronique

La prise en mesure préventive est plus, nécessaire elles visent à décrire l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent éviter la survenue de la maladie ou de traumatismes ou à maintenir et améliorer la santé.

En effet, le verbe prévenir possède sept acception : informer, annoncer, à l'avance menacer, rendre caduc, influencer négativement, mettre en examen et protéger les risques.

#### 3.2.1. 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 maladie rénale chronique pour éviter sa survenue.

Ainsi, il existe des facteurs des risques de lésion rénale non modifiable, comme l'âge, une histoire familiale de maladie et un petit poids à la naissance et d'autres sont modifiables, comme le diabète, l'hypertension artérielle et l'usage de substances néphrologiques (médicaments).

##### 3.2.1.1. Les facteurs non modifiables

###### ➤ L'âge

L'âge est un facteur de risque de survenue d'une IRCT. En effet l'incidence de l'insuffisance rénale d'origine diabétique augmente de façon importante avec l'âge et d'une façon générale. Toutes les formes d'atteinte rénale augmentent avec l'âge. Cela s'explique par le vieillissement rénal lié à la perte régulière d'un certain nombre de néphron qui est responsable du déclin progressif habituel de la filtration glomérulaire.<sup>19</sup>

###### ➤ Le sexe

Le sexe est un facteur additionnel pour le développement et la progression de certaines formes de maladies rénales. Ainsi, l'incidence de l'insuffisance rénale

---

<sup>19</sup> CHARFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Terminale au sein d'un établissement hospitalier » mémoire de magistère. Option : économie de santé. Université de Bejaïa, 2012, p 33

Terminale est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cependant, certaines formes d'insuffisance rénale terminale comme la néphropathie de diabète de type 2, la néphropathie interstitielle par abus analgésiques sont plus fréquemment observés chez la femme<sup>20</sup>.

### ➤ **Histoire familiale**

L'existence d'une histoire familiale d'HTA ou de néphropathie diabétique Augmente considérablement le risque de développer d'une IRCT. Certains Polymorphismes génétiques semblent également impliqués dans la vitesse de progression d'une atteinte rénale<sup>21</sup>.

En plus des trois facteurs cités, le petit poids à la naissance est un autre facteur De risque de survenue de l'insuffisance rénale chronique. En effet, le petit poids à la naissance s'accompagne d'un nombre réduit de néphrons. Ceci prédispose à L'hypertension artérielle, au diabète et à sa néphropathie, et par conséquent à L'insuffisance rénale chronique.

### **3.2.1.2. Les facteurs modifiables**

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

---

<sup>20</sup> Idem.

<sup>21</sup> Idem.



- La lutte contre les autres facteurs de risque cardio-vasculaires ((obésité, dyslipidémies, tabagisme, sédentarité, habitudes alimentaires à risque...)).

### 3.2.2. 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 doivent précoces.

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<sup>22</sup>.

- ✚ Usage de la tigelette urinaire les maladies rénales sont souvent latentes ou relevées par des signes cliniques n'attirant pas toujours d'emblée l'attention sur le rein.

L'usage régulier de la tigelette urinaire permet une identification d'anomalie urinaire, par exemple lors de l'inspection médicale scolaire, en médecine de travail, mais aussi de manière annuelle en médecine générale. Ce geste est d'une importance majeure dans les populations à risque de néphropathie, en insistant surtout sur les pathologies liées au diabète, à l'hypertension artérielle, aux maladies inflammatoire chronique ou chez les patients porteurs d'un seul rein.

- ✚ La maladie de berger est la première cause de l'IRCT chez l'homme moins de 60 ans cette maladie intervient pendant la période d'activité professionnelle. Avant d'être adressé au néphrologue. Une orientation précoce permet au

---

<sup>22</sup> CHARFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Terminale au sein d'un établissement hospitalier » mémoire de magistère. Option : économie de santé. Université de Bejaïa, 2012. P 33.

malade de bénéficier d'un traitement permettant de retarder l'évolution vers l'insuffisance rénale terminale<sup>23</sup>.

- ✚ Traitement de HTA et de diabète : fondé sur le contrôle de l'hypertension artérielle. En effet, l'hypertension artérielle est le facteur majeur de la progression de l'IRC. De plus, la diminution de la consommation de sel chez les hypertendus est très nécessaire. En outre, la pratique d'une activité physique régulière (marcher à Pied, vélo, cours à pied ...) au moins trois fois par semaine durant 30 à 45 minutes, diminue la pression artérielle<sup>24</sup>.

Par ailleurs, chez les diabétiques de type 1 et 2, l'arrêt du tabac diminuerait de 30% le risque de survenue et d'aggravation du diabète.<sup>25</sup>

Les recommandations diabétiques doivent tenir compte des habitudes alimentaires individuelles et du poids. En effet, la prise en charge nutritionnelle des patients en IRC nécessite la description d'un régime basé sur les besoins énergétique et protéique de chaque patient.

La compliance au traitement et le maintien d'un état nutritionnel optimal doivent être surveillé régulièrement.

Le succès de ce régime permet la réduction des symptômes liés à l'urémie et aux complications métaboliques et ralentie la progression de l'insuffisance rénale chronique.

### 3.2.3. Prévention tertiaire

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

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

---

<sup>23</sup> CHARFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Terminale au sein d'un établissement hospitalier » ; cas de CHU de Bejaïa mémoire de magistère. Option : Économie de santé. Université de Bejaïa, 2012. P 9

<sup>24</sup> 28Mouri M-O. : essai d'évaluation économiques des médicaments prescrits dans le traitement de l'hypertension artérielle ; cas de CHU de Sétif et de la médecine ambulatoire à Bejaïa. Mémoire de magistère en sciences économiques, Université Abderrahmane Mira de Bejaïa, 2009, p78.

<sup>25</sup> Hulot J-S.: op.cit. p149.

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

La progression de la MRC sera déterminée par un monitoring du rythme de déclin du DFG afin d'évaluer l'effet des thérapies prescrites pour le ralentissement de la progression et pour prédire le délai restant pour la nécessité d'une thérapie de suppléance<sup>26</sup>. Les interventions et les objectifs sont variables selon le stade et la sévérité de la MRC, tout en tenant compte de l'histoire naturelle de la néphropathie causale.

Chaque stade incluant les interventions du ou des stades précédents. Cette prise en charge des patients ne peut pas et ne doit pas être le seul fait des néphrologues. Le rythme et l'organisation du suivi (entre néphrologue et médecin correspondant) dépendent de la gravité de l'insuffisance rénale et des pathologies associées<sup>27</sup>. Un avis néphrologique est recommandé pour le patient ayant une maladie rénale chronique, dans le but de rechercher et de corriger des facteurs éventuellement réversibles, d'optimiser la stratégie d'intervention et pour organiser le suivi du patient.

Les patients avec MRC devraient être adressés au néphrologue pour évaluation chaque fois que le DFG est inférieur à 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ou plus précocement chez les patients à risque d'une progression rapide ou chez ceux où existe un doute sur le diagnostic ou le pronostic<sup>28</sup>

### **SECTION 02 : L'ETAT DES LIEUX DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE TERMINAL EN ALGERIE.**

Il faut souligner l'effort considérable réalisé par notre pays dans la prise en charge d'IRCT. En effet, il Ya trois décennies un grand nombre de nos compatriotes devaient se rendre ou rester pour une période indéfinie en France pour bénéficier d'un traitement par hémodialyse itérative.

<sup>26</sup> National kidney foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification et stratification édition 2002, p 39.

<sup>27</sup> Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé(ANAES). Septembre2002, P27

<sup>28</sup> Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene Rogers North D. Amore accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction question. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Ann Intern Med 1999, P130.

En 2012 on compte 315 centres de dialyse fonctionnels à travers tout le territoire, alors que dans les années 80 le pays n'en comptait que trois<sup>21</sup>.

Après avoir mis en avant, dans la première section les données épidémiologiques de l'insuffisance rénale chronique terminale dans le monde, nous aborderons dans la seconde section états des lieux de traitement l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie.

Dans cette section, nous essayerons d'analyser l'état des lieux de l'insuffisance rénale chronique en Algérie à travers des données épidémiologiques des insuffisants rénaux chroniques terminaux traités par l'hémodialyse, la dialyse péritonéale et par la greffe rénale.

### **1. La prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en Algérie**

En Algérie, le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale a démarré en 1973 à Alger par l'hémodialyse chronique, en 1980 par la dialyse péritonéale continue ambulatoire et en 1986 par la greffe rénale<sup>29</sup>.

L'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale reste méconnue en Algérie en raison de l'absence des études épidémiologiques concernant cette pathologie et l'inexistence d'un registre national des insuffisants rénaux<sup>30</sup>. Néanmoins, elle est estimée à 3500 nouveaux cas, soit un taux d'incidence de 100 nouveaux cas par million d'habitant par an<sup>31</sup>.

**Tableau 03 : Evolution de la prévalence de l'insuffisance rénal chronique en Algérie.**

Année	2005	2007	2008	2009	2010
Nombres des	10277	12464	13402	17122	17361

<sup>29</sup> Tahar R. : Epidémiologie et aspects thérapeutiques de l'insuffisance rénale chronique en Algérie, Communication au colloque Maghreb-France, Marseille, 3 et 4 octobre 2003

<sup>30</sup> Tahar R. : Epidémiologie et aspects thérapeutiques ,2003 : op.cit.

<sup>31</sup> Grabat A. : la greffe d'organes, de tissus et cellules : Etats des lieux et perspectives. Journée parlementaire sur la santé, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef-Alger, 2010.

## CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE

<b>IRCT</b>					
<b>Taux de prévalence de l'IRCT (pmh)*</b>	<b>313,32</b>	<b>367,66</b>	<b>385,11</b>	<b>480,95</b>	<b>478,26</b>

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

\* : ratio calculé par nos soins à des données de l'ONS sur le nombre de la population en Algérie.

La prévalence de l'IRCT est en progression continue en Algérie. En effet, au 30 décembre 2010, le nombre des patients en insuffisance rénale chronique terminale traité par la dialyse ou la greffe est de 17361 soit une augmentation plus de 68% par rapport au 30 décembre 2005. Ainsi, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale est passée de 313,32 par millions d'habitant à 478,26 (pmh) entre 2005 et 2010. (Cf. tableau 03).

**Tableau 04 : Evolution du nombre de patients en IRCT traité par la thérapie d'épuration extrarénale en Algérie de 1978 à 2010.**

Année	1978	1987	1992	1997	1999	2000	2001
<b>Hémodialyse</b>	<b>20</b>	<b>760</b>	<b>1720</b>	<b>3020</b>	<b>3800</b>	<b>3700</b>	<b>3841</b>
<b>DPCA</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>174</b>	<b>178</b>	<b>400</b>	<b>420</b>	<b>460</b>
Année	2003	2004	2005	2007	2008	2009	2010
<b>Hémodialyse</b>	<b>5291</b>	<b>5951</b>	<b>9633</b>	<b>13032</b>	<b>12157</b>	<b>16687</b>	<b>16896</b>

## CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE

<b>DPCA</b>	<b>420</b>	<b>400</b>	<b>550</b>	<b>254</b>	<b>195</b>	<b>351</b>	<b>397</b>
-------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Source : Ministère la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

\* L'évolution du traitement de l'IRCT dans le secteur public. In : Tahar R., Benabadji M., Moussaoui H. : stratégies pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) : expérience algérienne. Colloque France Maghreb ; Rabat, 02/12/2005 ; \*\* DPCA : dialyse péritonéale continue ambulatoire.

Concernant les patients en IRCT traités par la thérapie d'épuration extra-rénale (hémodialyse et la dialyse péritonéale), depuis 1978, date d'ouverture du premier centre d'hémodialyse public, le nombre de malade pris en charge ne cesse de se progresser. Ainsi, 17293 patients ont été dialysés en 2010 contre 20 patients en 1978, soit une hausse de plus de 863% en vingt-huit ans. (Cf. tableau 4). Toutefois, il faut signaler que 500 insuffisants rénaux étaient traités en France avant 1985<sup>32</sup>.

L'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie est due principalement aux transitions démographiques et épidémiologiques qu'a connues le pays. En effet, l'espérance de vie est passée de 52,6 ans en 1970 à 75,5 ans en 2009. La pyramide des âges se modifie et, aujourd'hui, la majorité des Algériens est âgée de plus de 25 ans. Cette transition a de multiples raisons dont le recul de l'âge de mariage et l'éducation des filles, les moyens de contraception, la crise du logement et la rupture de la famille patriarcale rurale<sup>33</sup>.

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, glomérulaire filtration rate) inférieur à 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> pendant une durée de trois mois au minimum.

L'IRC aboutissant à l'insuffisance rénale terminale nécessitant une dialyse ou une transplantation est un problème de santé publique majeur. Le Pr. Salah, ancien chef de service de néphrologie au CHU Béni-Messous écrivait : « Le développement

<sup>32</sup> Brahamia B. : L'insuffisance rénale chronique et son impact sur le système de soins avec référence au cas du CHU de Constantine. In revue des sciences humaines, université de Constantine, N°8, 1997.

<sup>33</sup> CHARFA T : "Evaluation des coûts économiques de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Terminale au sein d'un établissement hospitalier » ; cas de CHU de Bejaïa mémoire de magistère. Option : Économie de santé. Université de Bejaïa, 2012. P 70.

de l'hémodialyse chronique en Algérie dans le cadre de la néphrologie était un choix stratégique pour les néphrologues. L'Algérie devait être équipée en 1990 de mille postes d'hémodialyse environ pour une population approximative de 27 millions d'habitants.

Au cours de nos expériences certaines réticences manifestées par les familles des patients dialysés quant au don de rein a été constatée<sup>34</sup>.

Un travail de l'équipe du CHU Béni-Messous, effectué entre 1983 et 1985 et présenté à la Conférence « Prospectives de la transplantation rénale en Algérie le 13 avril 1985 » montrait que moins de 05% des parents de dialysés étaient favorables au don d'un rein alors que plus de 60% l'étaient dans la population générale non concernée par les problèmes de dialyse. 18 ans après la première greffe rénale (CHU Mustapha 1986), moins de 200 transplantations ont été réalisées (10 par an) par deux équipes. Le Pr. H. Chaouch et Pr. Z. Klioua sont les premiers chirurgiens ayant pratiqué la greffe rénale en Algérie. Malgré des textes législatifs actuellement existants, le consensus moral, religieux et les multiples campagnes de sensibilisation de la population, **la greffe à partir de donneur vivant ou de cadavre demeure rare** »<sup>35</sup>.

En 2014, il existe, selon le professeur Tahar Rayane, directeur de l'Institut national du rein, 230 centres d'hémodialyse traitant près de 10 000 malades. La prévalence des insuffisances rénales reste en dessous de la réalité, car ne prenant pas en compte le nombre de malades qui n'arrivent pas aux structures sanitaires, et qui meurent faute de soins.

Le projet de transplantation rénale lancé au milieu des années 1980 était en très grande partie bâti sur l'idée de solidarité et de générosité intrafamiliale qui semblait très naturelle. Malheureusement, les faits ont prouvé que nos connaissances dans le domaine des sciences humaines et notre sentiment concernant le jugement des valeurs de la société n'étaient pas dans la vérité. Cela a été confirmé par le nombre réduit de donneurs vivants pour la greffe d'un parent du premier degré.

---

<sup>34</sup> H SALAH, hémodialyse et transplantation rénale : trentenaire de la société algérienne de néphrologie, Article : journal El watan, 2009, P4.

<sup>35</sup> FARID HADOUM, Histoire ...Op Cit, P31.

Moins de 235 greffes ont été réalisées en 2015, et le nombre total de patients greffés en Algérie est de 1351 soit une prévalence de 03,80%, ce qui est malheureusement en deçà des besoins.

### **2. Les centres d'hémodialyse en Algérie.**

Les centres de dialyse doivent répondre à des normes bien définies. En particulier, les générateurs doivent répondre aux normes définies par la loi et avoir une certification ISO ou ce en termes de sécurité, de stérilisation, et de qualité des matériaux. L'Hémodiafiltration ne peut être réalisée que sur un générateur certifié pour cette thérapie. La réutilisation des dialyseurs est prohibée. La fistule artérioveineuse native est indiquée en première intention et doit être envisagée dès le stade 4 de la Maladie pour les malades suivis en néphrologie. Elle doit être d'abord radio-céphalique. Confectionnée au moins deux mois avant la mise sous dialyse. Chaque centre doit former le personnel paramédical dans le soin et la traçabilité à établir dans la surveillance des voies d'abord vasculaire afin de s'assurer de la pérennisation de ceux-ci, d'éviter les dysfonctionnements et d'alerter le néphrologue pour entreprendre des mesures préventives.

En 2014, le nombre d'insuffisants rénaux chroniques en dialyse est de 18 000 dont plus de 8 000 sont pris en charge dans des établissements privés conventionnés avec les caisses de sécurité sociale (CNAS et à un degré moindre CASNOS). Le budget alloué à ces centres privés de d'hémodialyse est de l'ordre de huit milliards de dinars. Ce chiffre est appelé à augmenter avec l'augmentation du nombre d'insuffisants rénaux (120 nouveaux cas/1 000.000 habitants/an), si la transplantation rénale n'est pas soutenue<sup>36</sup>.

#### **2.1. Répartition des centres d'hémodialyse par wilaya et selon le secteur d'activité (public ou privé)**

En 2014, un total de 4022 générateurs répartis dans 315 centres, 2033 générateurs (50,50%) sont au niveau de 156 centres privés. Il faut néanmoins constater que la majorité des centres privés sont situés dans les chefs-lieux de wilaya et dans les grandes villes chef-lieu de daïra et que huit wilayas et 378 daïras (67%)

---

<sup>36</sup> Société Algérienne de Néphrologie Dialyse et Transplantation.



sont dépourvus de centre privé d'hémodialyse. Outre ces 315 centres fonctionnels, 80 autres de statut privé, sont en cours de réalisation à travers le pays.

Mais si on considère qu'avec 01 générateur on peut prendre en charge 6 malades (03 séances hebdomadaires pour chaque malade), le parc national de générateurs disponibles (4022) dépasse celui requis (3000). Ce constat a amené le ministère chargé de la santé à sursoir à toute demande de réalisation de centre d'hémodialyse privé. (Tableau 05, Annexe N°01)

### **2.1.1. Centres d'hémodialyse privés sans convention avec la CNAS**

Trente-trois centres totalisant 340 générateurs ne disposent pas de conventions avec la Caisse Nationale des Assurés Sociaux (mais certains de ces centres disposent de conventions avec la CASNOS ou la caisse de sécurité militaire) et fonctionnent au ralenti voire sont complètement à l'arrêt. (Tableau O6, Annexe N°02).

### **2.1.2. Nombre de cliniques d'hémodialyse conventionnées avec la CASNOS**

Ces 124 cliniques conventionnées avec la caisse de sécurité sociale (CASNOS), prennent en charge 871 malades assurés, pour un montant global de près de **600 millions de DA**.

Les caisses de sécurité sociale souhaitent proposer une convention type obligeant les établissements privés à procéder au bilan pré-greffe des malades dialysés. Cette volonté louable d'orienter les cliniques privées vers la préparation des hémodialysés pour la transplantation rénale soulève la question du bilan de la greffe rénale en Algérie depuis 1986 à ce jour. (Tableau 07, Annexe N°03).

### 2.2. La greffe rénale en Algérie

Sur le plan Réglementaire la loi sanitaire 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé et en particulier ses *articles 161-162-163-166-167-168* ainsi que la loi du 90-17 du 31 Juillet 1990 modifiant complétant la loi 85-05 (*articles 164-165-168 complété*) définit les dispositions concernant le donneur (vivant ou cadavérique) et le receveur, le but, les conditions, les modalités et les aspects médico-légaux du prélèvement<sup>37</sup>.

D'autres textes de loi ont permis la création de deux commissions médicales de prélèvement et transplantation de tissus et d'organes humains (mars 1991) la composition, organisation et fonctionnement du conseil national de l'éthique des sciences de la santé (avril 1996), l'autorisation des prélèvements et/ou transplantation de tissus ou d'organes humains (Octobre 2000), les critères scientifiques permettant la constatation médicale et légale du décès (novembre 2002), la création du Comité Médical National de Transplantation Rénale (novembre 2006), la liste nominative des experts médicaux du comité national des greffes d'organes et de tissus et enfin en novembre 2011 création de l'Agence Nationale des Greffes.

Implication des autorités religieuses par l'affirmation et l'élaboration d'édits religieux favorables aux dons d'organes et prélèvements d'organes d'un sujet en état de mort encéphalique. Les services agréés pour la transplantation rénale sont situés dans les CHU de Mustapha, Bab El Oued, Béni Messous, Blida, Tizi Ouzou, Tlemcen, Annaba, Oran, Batna, à l'EHU d'Oran et aux EHS Daksi de Constantine et à l'EHS Dr. Maouche d'Alger.

A travers la lecture de ces textes de loi, on constate un engagement politique fort de l'état pour la promotion de la transplantation d'organes et greffes de tissus, la formation et contribution des compétences Algériennes établies à l'étranger, le partenariat algéro-étranger et surtout une allocation budgétaire aux services agréés.

Une étude faite entre 2006 et 2011 a montré que les hôpitaux réalisant le plus de greffes (10 à 30/an) sont représentés par l'EHS Dr. Maouche, les CHU Mustapha, Blida et Béni Messous ; les autres services agréés réalisant moins de 05 greffes par an.

---

<sup>37</sup> Les articles 161 à 168 de la loi 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, journal officiel de la république algérienne, 17 février 1987.

Selon la Société algérienne de néphrologie et de transplantation rénale, sur les 18 000 patients traités par dialyse. Un tiers d'entre eux (6000) est candidat à une transplantation rénale. Le décalage entre le nombre de patients ayant besoin d'une greffe (6000) et le nombre de greffes réalisées (1024) reste important.

Or du point de vue financier, tous les arguments sont en faveur du développement de l'activité de la transplantation rénale : un patient pris en charge dans un centre d'hémodialyse revient à 275 500 DA par an alors que la greffe est estimée à 145 000 euros.

Alors, pourquoi n'arrive-t-on pas à sortir de ce cercle vicieux ?

- ✓ Selon certains, l'argent serait le principal obstacle contre le développement de l'activité de la greffe rénale dans notre pays. Le marché de l'importation des consommables et équipements d'hémodialyse, estimé actuellement à 80 millions de dollars, est en nette croissance avec une évolution de vente annuelle de 10%.
- ✓ En second lieu, se dresse comme obstacle au développement d'activité de transplantation rénale, le refus de l'élargissement du cercle légalement autorisé des donneurs vivants, aux conjoints ou à la famille par alliance,
- ✓ En troisième lieu, l'offre de soins est non suffisante, désorganisée, dépendante de quelques équipes qui travaillent dans des conditions souvent difficiles et qui peuvent arrêter, du jour au lendemain cette activité de greffe,
- ✓ Pour les greffes rénales à partir de donneurs en état de mort encéphalique, l'opinion publique n'est pas assez préparée à l'option du prélèvement d'organes à partir de cadavres et il n'y a pas à l'heure actuelle d'unité d'urgence pouvant prendre en charge les patients accidentés en état de mort encéphalique,
- ✓ La politique de la greffe rénale en Algérie souffre, en fait, d'une absence de conviction et d'un manque de détermination des pouvoirs publics à mettre en place l'environnement indispensable au succès de cette entreprise.

### **3. Le lent développement de la dialyse péritonéale**

La dialyse péritonéale n'a pas connu, en Algérie, le même "succès" que l'hémodialyse chronique.

La dialyse péritonéale n'a pas bénéficié des mêmes investissements humains et financiers. Pour exemple, les caisses de Sécurité sociale algériennes ne prennent pas en charge, directement, cette thérapeutique, à ce jour. Le nombre, total, de patients traités par la DP, en Algérie, reste très faible. Selon les années, il y a seulement 400 à 700 malades qui vivent grâce à cette méthode de suppléance. Ce nombre, hélas trop bas (03 à 06 % du total des dialysés chroniques), donne une idée du retard qu'accuse notre pays, en matière de développement de la dialyse péritonéale. La totalité des patients, traités par dialyse péritonéale, sont pris en charge par les services de néphrologie des CHU du Nord et par quelques hôpitaux non-universitaires. La technique de DP reste, pour le moment, "cantonnée" au nord du pays et elle n'est "pratiquée" régulièrement que par de trop rares néphrologues engagés, exerçant dans les CHU.

Plus de 30 années après son introduction, dans deux CHU d'Alger, dès 1980 et à l'hôpital de Koléa, en 1982, la dialyse péritonéale reste une technique marginalisée. Elle est, très largement, "sous-utilisée" par la communauté des néphrologues algériens. Elle est, pourtant, largement utilisée dans les autres pays ; à hauteur de 45 % au Royaume Uni, à près de 90 % au Mexique, à 50 % dans les pays scandinaves, à 95 % à Hong-Kong et à Singa, à 45 % au Japon et en Corée du Sud, à 35 % aux USA et à 70 % au Canada. La DP est nettement moins coûteuse que l'HD en centre et elle est reconnue comme la meilleure "salle d'attente" pour la transplantation rénale.

En outre, seule la Dialyse Péritonéale Manuelle est utilisée (la DPCA, pour 99% des dialysés), la Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA) demeure quasi-inexistante, dans notre pays.

La Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH), unique importateur des poches et des accessoires de DP assure la livraison de tous les hôpitaux du pays, à partir d'Alger et de ses 03 directions générales (Annaba, Biskra et Oran). Les deux plus importants fournisseurs mondiaux en poches de DP sont présents, en Algérie. Ainsi, depuis sa création, la PCH s'approvisionne auprès de ces deux producteurs, ce qui permet plus de choix, au meilleur coût, grâce à l'application des règles commerciales concurrentielles et elle nous assure, ainsi, une plus grande disponibilité. Pour tous les patients traités par DP, en Algérie, les poches et accessoires sont remis, gratuitement, par les pharmaciens des hôpitaux. Les patients s'approvisionnent, ainsi, à titre

gracieux, chaque mois, auprès de l'hôpital le plus proche de leur domicile et ce, pendant toute la durée de leur traitement par la DP.<sup>38</sup>

### SECTION 03 : MOYEN DE PRISE EN CHARGE

L'Algérie comme tous les pays en voie de développement a accomplie des efforts considérables en matière de prise en charge des besoins sanitaires de la population, surtout dans un contexte économique favorable et l'abondance des ressources financières au cours des années 70 et au début des années 80, grâce aux recettes pétrolières. Cette période a été marquée par une réorganisation profonde du système de santé avec d'abord, l'instauration de la gratuité des soins en 1974 (ordonnance de décembre 1973 portant la gratuité des soins), puis la réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires (les hôpitaux, polycliniques et centres de santé...etc.) Et enfin l'investissement dans la formation du personnel médical, ce qui à donner plus tard des résultats satisfaisants en terme d'amélioration de l'état de santé de la population.

#### **1. Les modes de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie**

Le choix d'un traitement dépend de ce qui répond le mieux aux besoins particuliers de patient. Chaque traitement comporte des exigences, des avantages et des inconvénients. Le néphrologue qui suit ce patient doit lui fournir les renseignements et le soutien qui l'aideront à décider du meilleur traitement pour lui.

Ainsi, au deuxième semestre de 31décembre 2017, plus de 22136 patients sont traités par l'hémodialyse contre plus de 400 patients en dialyse péritonéale.

#### **Tableau 07 : Les modes de traitement de l'insuffisance rénale chronique Terminale en Algérie**

---

<sup>38</sup> FARID HADOUM, Histoire de la dialyse en Algérie : de ses débuts à nos jour, Article Santé-MAG n°30-Mai 2014, P30.

<b>Année</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Hémodialyse</b>	<b>9633</b>	<b>13032</b>	<b>12157</b>	<b>16684</b>	<b>16896</b>
<b>DPCA</b>	<b>550</b>	<b>254</b>	<b>195</b>	<b>351</b>	<b>397</b>
<b>Transplantation rénale</b>	<b>94</b>	<b>116</b>	<b>112</b>	<b>87</b>	<b>68</b>
<b>Année</b>	<b>2011</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Hémodialyse</b>	<b>17416</b>	<b>18000</b>	<b>21000</b>	<b>21749</b>	<b>22136</b>
<b>DPCA</b>	<b>415</b>	<b>400</b>	<b>420</b>	<b>440</b>	<b>400</b>
<b>Transplantation rénale</b>	<b>133</b>	<b>144</b>	<b>150</b>	<b>163</b>	<b>175</b>

Source : Ministère la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

## 2. L'essor de l'hémodialyse chronique en Algérie

En Algérie, la majorité des patients qui ont perdu leurs deux reins, sont traités Seulement par hémodialyse en centre (90% des patients).

Fin 2013, on comptait 18 000 patients hémodialisés chroniques. Les autres méthodes de traitement sont nettement minoritaires avec seulement 1 000 transplantés rénaux suivis et 400 patients traités par dialyse péritonéale à domicile (DP). L'hémodialyse en centre a coûté en 2013, à la collectivité, la somme de 300 millions d'euros. Voici pour les frais directs, les frais indirects sont plus difficiles à estimer<sup>39</sup>.

Les débuts de l'Hémodialyse en Algérie c'était en 1960 à Évian (France), lors du premier congrès mondial de néphrologie, que la communauté médicale va découvrir et prendre conscience que la transplantation et l'Hémodialyse sont devenues

<sup>39</sup> ([www.lesoirdalgerie.com](http://www.lesoirdalgerie.com)).

possibles. C'est à l'hôpital des maladies infectieuses El-Kettar d'Alger que les premières séances de rein artificiel ont débuté dès 1974. L'équipe médicale algérienne avait appris la technique de dialyse en France. C'étaient tous des médecins réanimateurs, d'autres allaient le devenir, certains se sont orientés, par la suite, vers la néphrologie naissante. Le rein artificiel venait tout droit des USA, le consommable venait aussi des USA, de France et des Pays-Bas<sup>40</sup>.

Le développement de l'hémodialyse chronique peut-être résumé par des chiffres, en Algérie s'est doté d'un nombre important de centres d'hémodialyse chronique. Il était, en 2012, de près de 315 centres, répartis sur tout le territoire national. Les 48 wilayas, que compte notre pays, ont, toutes, plusieurs centres d'hémodialyse. Toutes les wilayas, du Sud et du grand Sud, ont un ou plusieurs centres, comme à Tindouf, Tamanrasset, Djanet Ain Salah, Reggane, Illizi, Adrar.

Dès 2004, les caisses de sécurité sociale algériennes (CNAS et CASNOS) ont, très progressivement, conventionné un grand nombre de centres privés d'HD Chronique.

Depuis 2010, il n'y a, ainsi, plus aucune zone d'insécurité sanitaire, pour la dialyse, en Algérie.

Ainsi, en 2012, on dénombrait 145 centres privés d'hémodialyse chronique et en 2014<sup>41</sup>, on comptait 165centres privé ; L'immense majorité des centres privés sont répartis dans les 15 wilayas du Nord. Les Hauts-Plateaux et le Sud recensent moins de 10 centres privés d'hémodialyse.

Les 210 centres publics d'hémodialyse sont, également, majoritaires dans le nord du pays, certes, mais, ils sont présents dans toutes les daïras du Sud. Ces données chiffrées permettent de mesurer le chemin parcouru, depuis les années 1980, les efforts fournis, l'investissement financier et humain, l'engagement politique et l'obstination de toutes les équipes médicales, qui ont finis par porter leurs fruits, durant ces 30 dernières années. Peu de pays d'Afrique ont réussi ce "maillage

---

<sup>40</sup> ([www.liberte-algerie.com](http://www.liberte-algerie.com)).

<sup>41</sup> (<http://www.liberte-algerie.com>).

national" des centres de dialyse, cette couverture sanitaire, quasi-totale, en matière d'hémodialyse<sup>42</sup>.

## 1. La situation de l'insuffisance rénale chronique dans la wilaya de Bejaia

Dans la wilaya de Bejaia le traitement des insuffisances rénales chroniques terminales est assuré exclusivement par l'hémodialyse. Néanmoins, la transplantation rénale de ces patients est réalisée dans des centres hospitalo-universitaires d'autres wilayas pratiquant ce mode de traitement à savoir Alger et Tizi Ouzou.

### 1.1. Evolution de nombre d'IRCT dans la wilaya de Bejaia

En 2016, 578 malades sont traités par la dialyse et seulement 06 de ces derniers ont été greffé. Cette part marginale de patients transplantés s'explique par le non développement de la greffe rénale et d'organe en Algérie.

**Tableau 02 :** Evolution du nombre de l'insuffisance rénale chronique terminale dans la wilaya de Bejaia de 2011 à 2016.

Année	Nombre de générateur			Nombre de dialysés	Malade en liste d'attente	Nombre de décès	Malade greffés	Malades en instance de greffés
	En marche	En panne	Total					
2011	81	04	85	432	56	59	04	22

<sup>42</sup> FARID HADOUM, Histoire de la dialyse en Algérie : de ses début à nos jour, Article Santé-MAG n°30-Mai 2014, P29



## CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE

2012	85	00	85	436	69	47	06	27
2013	92	09	101	464	76	44	01	18
2014	102	11	113	523	68	52	02	20
2015	124	27	131	584	52	50	03	14
2016	130	08	138	578	37	20	06	18

Source : DSPRH : direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de Bejaia.

Le nombre de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par l'hémodialyse dans la wilaya de Bejaia, est en constante progression. Il est passé de 432 en 2011 à 578 en 2016. Soit une augmentation annuelle moyenne de 30%. En parallèle, afin de répondre aux besoins de ces derniers, le nombre de générateurs fonctionnels assurant ce traitement d'épuration extra-rénale a augmenté de plus de 45% durant la même période. Ce qui concerne le taux de mortalité, il est passé de 13,60% en 2011 à 03% en 2016, Cela veut dire que la qualité de soin et la qualification c'est amélioré.

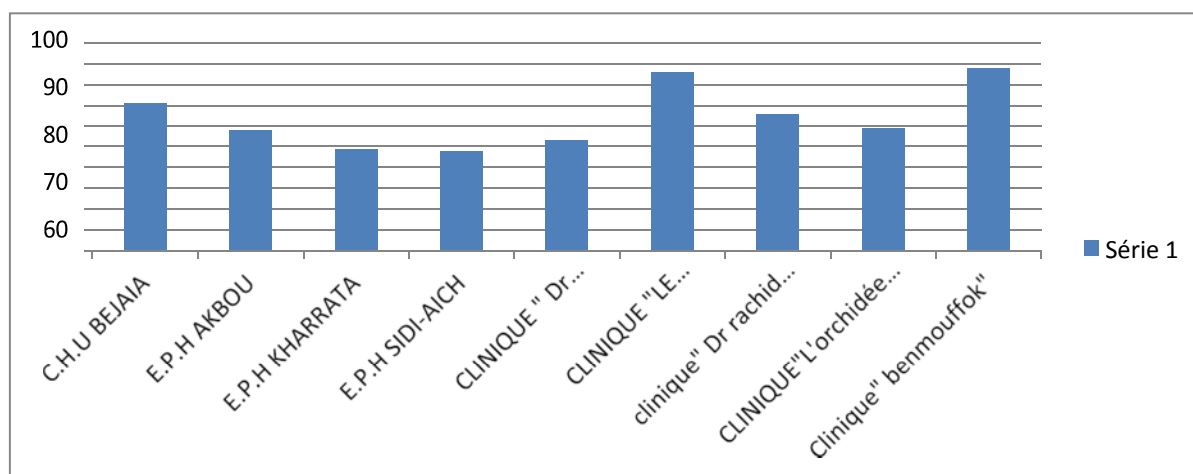
### 1.2. L'activité des centres d'hémodialyse dans la wilaya de Bejaia

En 2016 la wilaya de Bejaia dispose de 09 Centre d'hémodialyse dont 04 privés conventionnés avec la CNAS.

Le tableau indique l'activité des centres d'hémodialyse publics et privé dans la wilaya de Bejaia entre 2011 et 2016. Ainsi, le nombre des patients dialysé dans ces centres durant cette période est variable d'une année à une autre.

Toutefois, le nombre de générateurs n'ait pas évoluée entre la période allant de 2011 à 2016, à l'exception du CHU BEJAIA dont le nombre de générateur est passé de 16 à 21 soit une augmentation de 05 points et l'EPH KHARRATA qui est passé de 11 à 15 générateurs soit une augmentation de 04 points. (Tableau 07, Annexe N°04)

**Figure N° 01** : La répartition des patients dialysés selon les centres d'hémodialysé en 2016.



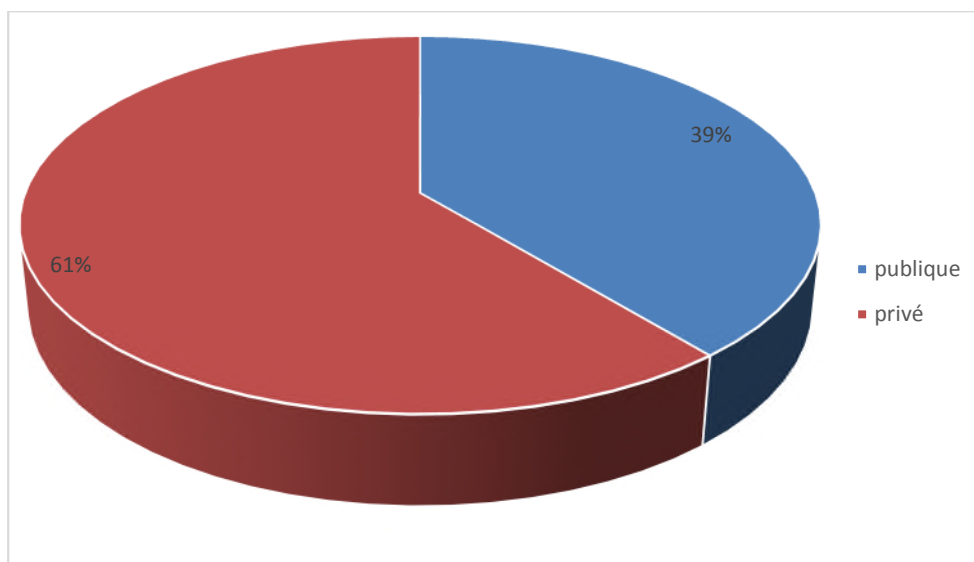
Source : établie par nous même à partir des données des soins.

Le graphe 01 indique qu'en 2016, le centre d'hémodialyse « clinique Benmouffok » est en tête des centres avec 88 patients hémodialysés, suivi du centre d'hémodialyse « clinique Rameau d'Olivier » avec 86 patients hémodialysé, et en 3ème lieu C.H.U BEJAIA avec 71 patients hémodialysés. Toutefois le nombre de patient traités à l'EPH D'AKBOU et celui de KHARRATA et de SIDI-AICHE sont respectivement d'ordres 58, 49 et 48.

Patients hémodialysé. Concernant les autres cliniques privées telle le centre d'hémodialyse « Dr MOHADEB », le centre « Dr RACHID BENMERAD » et le centre « L'Orchidée NACER » dont le nombre de patients hémodialysé est respectivement d'ordre 53, 66, 59.

**Figure N° 02** : La répartition des patients dialysés dans la wilaya de Bejaia selon le secteur en 2016.

■



Source : établie par nous-même à partir des données du tableau.

Le graphe 02 montre qu'en 2016, 61% de l'insuffisance rénale chronique terminale dans la wilaya de Bejaia ont été traités par le centre d'hémodialyse privés tandis que 39% de ces derniers sont pris en charges par les centres d'hémodialyse publics.

**Tableau03 : Répartition des dialysés selon la tranche d'âge en 2017**

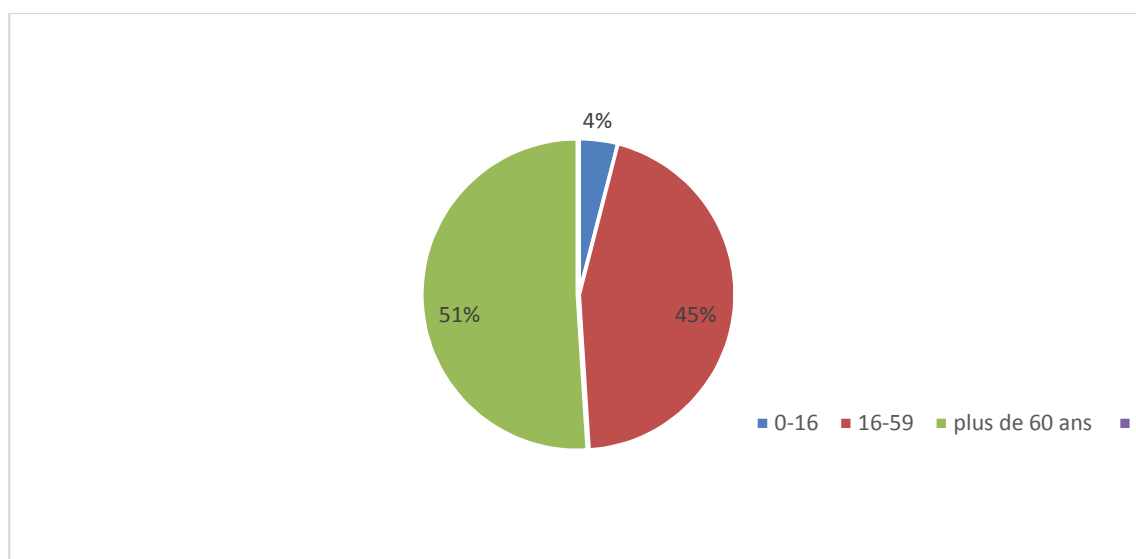
Tranche d'âge	Nombre de dialysés	Fréquences%
0-16 ans	25	4%
16- 59 ans	281	45%

## CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE

<b>Plus de 60 ans</b>	<b>315</b>	<b>51%</b>
<b>Total</b>	<b>621</b>	<b>100%</b>

Source : DSPH : direction de la santé de la population et de la réforme hospitalière de Bejaia

**Figure 03 : Répartition des patients selon la tranche d'âge dans la wilaya de Bejaia en 2017**



**Source :** établie par nous-même réalisée par nos soins à partir des données du tableau

Après le traitement des dialysés dans la wilaya de Bejaia, 4% de ces derniers sont âgés de moins de 16 ans, 45% entre 16 et 59 ans, et 51% plus de 60ans. C'est une maladie qui touche les personnes les plus âgées car avec l'apparition des maladies non transmissibles (hypertension et diabète), le manque traitement de ces dernières causes une dégradation sur les fonctions du rein, par fois le diagnostic de l'état par le médecin conduit à un dysfonctionnement du rein et sans oublier que le vieillissement de la population qui joue un rôle très important sur le mécanisme de ces pathologies.

**Tableau 04 : Répartition de nombre de dialysés selon le sexe en 2017**

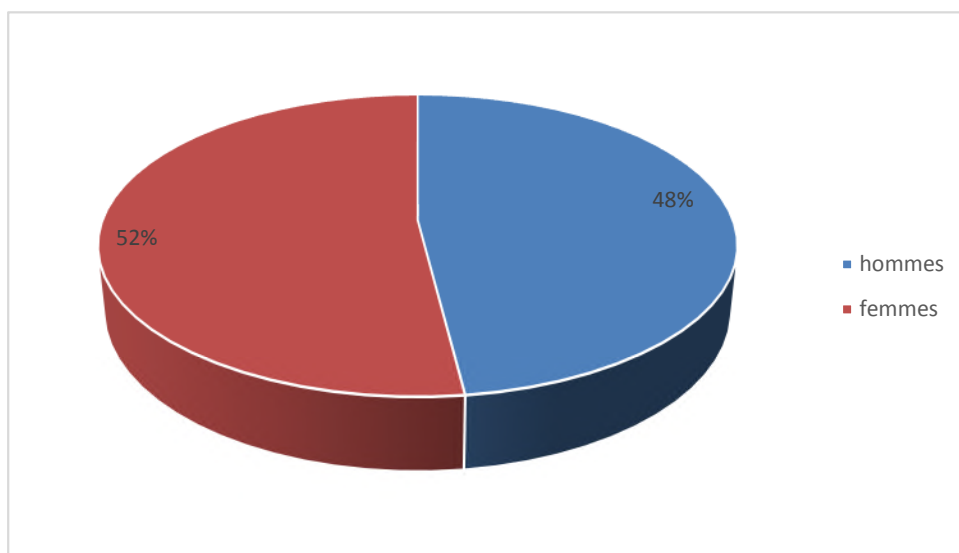
Sexe	Nombre de dialysés	Fréquences%
<b>Hommes</b>	<b>324</b>	<b>51,78</b>

## CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE

<b>Femmes</b>	<b>297</b>	<b>48,21</b>
<b>Total</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

*Source : DSP : Direction de la santé de la population et de la réforme hospitalière de Bejaia*

**Figure 04 : Répartition de nombre de dialysés selon le sexe en 2017 :**



**Source :** DSPH : direction de la santé de la population et de la réforme hospitalière de Bejaia

En 2017, la répartition des dialysés dans la wilaya de Bejaïa selon le sexe montre que 52% de ces derniers ont été des femmes contre 48% pour les hommes. (Figure 04).

### **Conclusion**

L'insuffisance rénale chronique terminale est une maladie grave (irréversible) qui touche beaucoup de personnes à travers le monde, il représente un problème de

santé publique. De nos jours, toutes les tranches d'âge sont touchées, les deux causes les plus fréquentes demeurent l'hypertension artérielle et le diabète.

L'hémodialyse reste en cours le traitement le plus fréquemment utilisé et ce en dépit de son coût, qui est de loin le plus élevé comparativement aux deux autres traitements à savoir la dialyse péritonéale et la transplantation rénale qui constitue le traitement de choix.

L'Algérie a consenti des grands moyens (matériels et humains) au cours de ces dernières décennies, pour la prise en charge adéquate de ces malades, mais beaucoup d'efforts restent à accomplir, surtout en matière de transplantation rénale et de prévention des maladies rénales.

**Chapitre 3 :Analyse de la  
satisfaction des patients :  
comparaison entre le  
public et le privé**

## **Introduction :**

La finalité d'un service est de satisfaire un usager, et que l'un des dimensions d'évaluation est de savoir la façon dont les usagers pensent de lui.

Après avoir traité les concepts théoriques relatifs à notre thématique dans les chapitres précédents, ce dernier chapitre a un volet pratique. Il a pour objectif de révéler la réalité de l'établissement hospitalier public et privé algérien. À travers CHU Franz fanon de Bejaïa en termes de service public et la clinique Le Rameau d'olivier en termes de service privé offert aux patients et l'étude de la satisfaction de ces derniers. A cet effet, et pour mieux répondre à notre problématique, ce présent chapitre sera organisé en deux section, la première sera consacré à la présentation de la méthodologie et l'enquête de terrain, quant à la deuxième section présente analyse et interprétation des résultats de notre enquête.

## **Section 01 : Présentation de la méthodologie et l'enquête de terrain**

Dans le but de bien mener notre travail de fin d'étude et de répondre à la problématique posée au début, nous avons pensé à une enquête du terrain sur la qualité des services offerts dans deux établissements de santé de nature juridique différente. L'étude se positionne de point de vue des patients avec une portée de faire une comparaison entre les deux secteurs public et privé. Pour cet objectif, Nous avons réalisé un questionnaire auprès de ses patients pour mieux répondre à leur besoin et détecter leurs appréciations lors de l'hospitalisation, la méthode que nous allons appliquer pour réaliser notre étude est de nature quantitative /descriptive basée sur un questionnaire en tant qu'outil d'investigation.

Nous pouvons définir l'enquête comme étant aussi : « une méthode d'investigation qui consiste à recueillir l'information recherchée en interrogeant et en écoutant un ensemble d'individus sur leurs comportements, sur leurs opinions ou sur leurs valeurs. L'information est obtenue en utilisant le mode déclaratif ». <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> CAUMONT.D « Les études de marché », Edition Dunod, paris, 1998, p.45.



Pour ce faire, dans cette section, nous allons présenter notre enquête comme suit :

Premièrement, l'objectif de notre enquête en suite la détermination la Source de l'information et la durée de l'enquête, puis la composition de l'échantillon que nous avons choisi, et l'élaboration du questionnaire et enfin l'analyse des résultats obtenus.

### 1. L'objectif de l'enquête

Notre enquête par questionnaire a pour objectif d'analyser la qualité de service dans les établissements sanitaire public et privé (service d'hémodialyse) à savoir :

- L'étude de la satisfaction des patients vis-à-vis des services de l'hôpital.
- Le déroulement des relations entre l'ensemble de personnels à l'hôpital et les patients.

### 2. Source de l'information et la durée de l'enquête

2.1. **Source d'information** : c'est l'information primaire car elle est directement récoltée sur le terrain auprès du patient.

2.2. **La durée de l'enquête** : l'enquête s'est déroulée un mois de 20 mai au 20 juin.

2.3. **Échantillon** : pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons choisis un échantillon d'une taille de 160 patients dans la wilaya de Bejaia réparti comme suit : 80 patients à l'hôpital public Frantz fanon et 80 patients à la clinique privée le RAMEAU d' OLIVIER, avec méthode d'échantillonnage non probabiliste (par convenance).

2.4. **Le questionnaire** : Avant de passer à la manière dont nous avons élaboré le questionnaire de notre enquête, nous tenons à présenter la définition du questionnaire :

« Le questionnaire est l'ensemble de questions dans le but de générer l'information nécessaire à l'accomplissement des objectifs de l'étude <sup>2</sup>».

---

<sup>2</sup> GINNELONIET. J, et Vernet. E, *Etudes de marché* ; Les éditions Vuibert, Paris, 1995, P178.

Durant la réalisation du questionnaire, nous avons élaboré un questionnaire qui résume l'objet de notre étude, il compte 54 questions qui se composent d'une fiche signalétique qui compte sur des informations personnelles, et des questions de fréquentation dans le but de toucher aux objectifs souhaités. L'élaboration de deux types de questions des questions fermées suivies par des propositions limitées ou des choix uniques.

#### **a- Choix du type de questions**

La majorité des questions est présentée sous formes de questions fermer à choix unique : 1, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53,54.  
1 question fermée à choix trichotomique : 6.  
4 questions fermées à choix dichotomique : 2, 7, 8.

#### **b- Objectifs des questions**

Question : 1, 2, 3, 4 pour la fiche signalétique.

Question : 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 c'est des questions concernant l'état de santé du patient

Question : 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 c'est questions concernant l'accueil de l'établissement dans plusieurs services (standard téléphonique, unité d'hospitalisation, examens complémentaires et les urgences)

Question : 23, 24, 25, 26 concernant la pré-admission.

Question : 27, 28, 29, 30 concernant le transport et mobilité, il s'agit de savoir la disponibilité des moyennes de transport

Question : 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53,54 concernant les conditions de séjour à savoir la qualité de l'hôtellerie, prestation complémentaire, restauration, comportement du personnel et en fins la qualité de la prise en charge médicale.

### **5- L'analyse des résultats**

Après la saisie des données collectées suite à notre enquête, nous avons analysé et interprété les résultats obtenus via le logiciel (SPSS). Cette méthode consiste à traiter chaque variable (question) à part, ce qui nous permettra de bien analyser chaque question

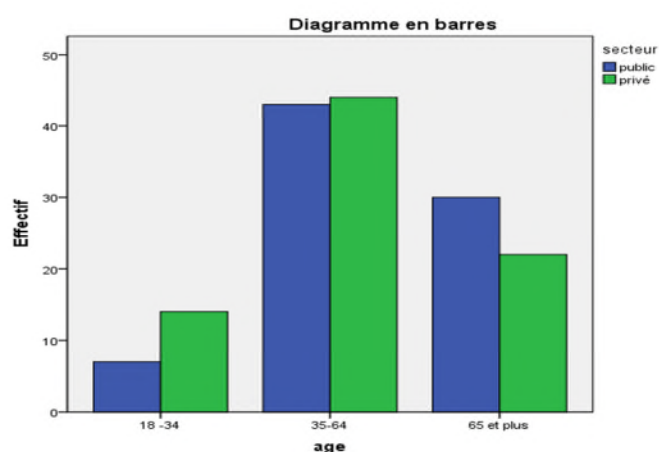
Sous forme d'un tableau. Ainsi, on va calculer le nombre de réponses à chaque question et d'en calculer leur poids en pourcentage, suivi d'une représentation graphique.

## Section 02 : Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Après l'obtention des données, la seconde étape consiste à l'analyse et l'interprétation des résultats : le traitement des résultats de notre enquête s'est fait par le biais de logiciel spss.

### 1. Répartition de la population enquêtée selon l'âge

	secteur		
	public	privé	Total
moins de 18	,0%	,0%	,0%
18 -34	4,4%	8,8%	13,1%
35-64	26,9%	27,5%	54,4%
65 et plus	18,8%	13,8%	32,5%
Total	50,0%	50,0%	100,0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

#### Analyse :

D'après les résultats obtenus, on remarque que la part la plus importante de la population enquêtée est celle des patients âgés entre 35 et 64 ans, avec un pourcentage de 26% dans le public et 27% dans le privé, suivis par la catégorie ayant plus de 65 ans, avec un pourcentage de 18% dans le public et 13% dans le privé.

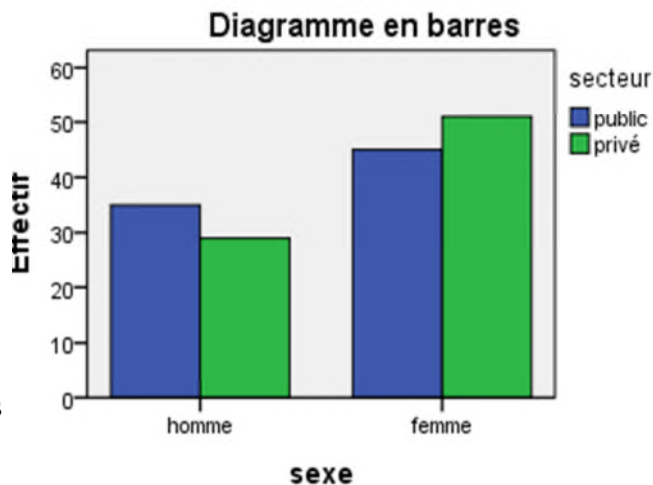
On remarque les résultats de la composante démographique correspondre à la population mère. La majorité est des jeunes. Ainsi, ceux qui consomment plus de services de santé sont les vieux (65ans et plus) malgré leurs faibles pourcentages dans la population mère. Cette frange de la population est fragile et vulnérable. Économiquement, ils sont considérés les plus grands consommateurs de service de santé.

On note également un rapprochement des résultats de la répartition de la population enquêtée entre le secteur privé et le secteur public. Cela nous permet de dire qu'aucune préférence à l'un des deux secteurs n'existe, du moment que les résultats sont presque idéiques.

**2. Répartition de la population enquêtée selon le sexe :**

	secteur	
	public	privé
sexe homme	43,8%	36,3%
femme	56,3%	63,8%
Total	100,0%	100,0%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête



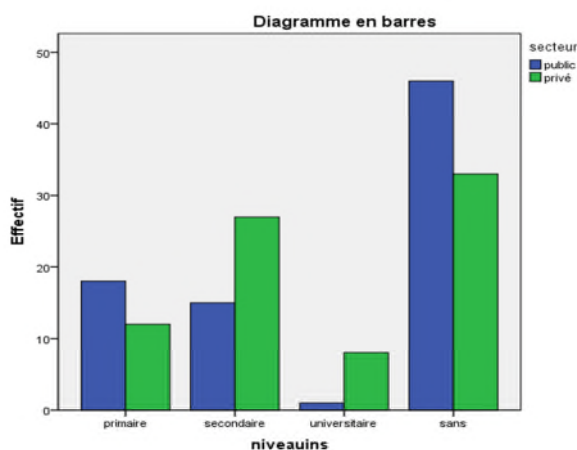
**Analyse :**

A travers cette figure, on constate que la majorité des enquêtées sont des femmes avec un pourcentage de 56% dans le public et 63% dans le privé. En remarque que les femmes sont les plus risquées de tombées malade.

En outre, les résultats nous indiquent que la répartition par secteur juridique est en faveur du public pour les Hommes et en faveur du privé pour les Femmes. Nous pouvons dire alors que les femmes préfèrent le secteur privé et les hommes préfèrent le secteur public.

### 3. Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'instruction

		secteur	
		public	privé
Niveau d'instruction	primaire	22,5%	15,0%
	secondaire	18,8%	33,8%
	universitaire	1,3%	10,0%
	sans	57,5%	41,3%
	Total	100,0%	100,0%



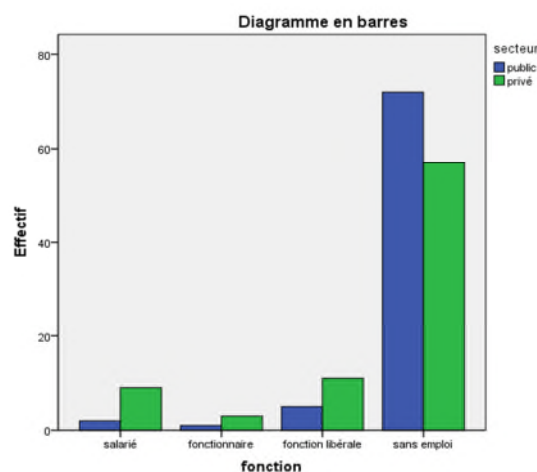
Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

#### Analyse :

A travers des résultats obtenus on remarque que la plupart des patients ils n'ont pas de niveau d'instruction avec 57% dans le public et 41% dans le privé. Suivi de 22% des patients qu'ils ont un niveau de primaire dans le public et 33% pour les patients qui ont un niveau secondaire dans le public. Puisque la plupart des malades sont très âgés ou bien ils n'ont pas des capacités pour étudiés à cause de leurs maladies.

#### 4 : Répartition de la population enquêtée selon la fonction

	secteur		
	public	privé	Total
salarié	1,3%	5,6%	6,9%
fonctionnaire	,6%	1,9%	2,5%
fonction libérale	3,1%	6,9%	10,0%
sans emploi	45,0%	35,6%	80,6%
Total	50,0%	50,0%	100,0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

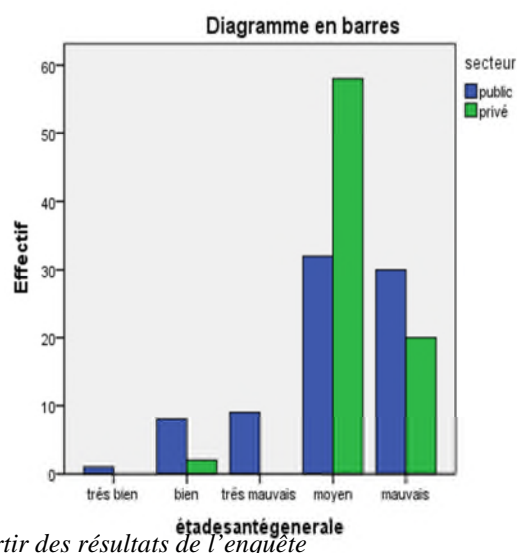
#### Analyse :

A Partir de ces résultats on constate que la majorité des patients n'ont pas d'emplois 45% dans le public et 35,6% dans le privé. En remarque ainsi que les personnes fonctionnaire et qui pratiquent une fonction libérale représentent le pourcentage le plus faible. Dont 6 %(au public) et 1% (au privé) sont des fonctionnaires ; 3.1%(au public) 6,9%(au privé) pratiquent une fonction libérale.

La plupart des patients pris en charge dans les deux secteurs sont sans emploi, ce résultat dénote le caractère sévère de la maladie. Les personnes en dialyse ne peuvent pas occuper un poste de travail ? Cela est dû à la fréquence et les séances de traitement (de trois et quatre séances par semaine d'une durée de quatre heures la séance. En ajoute à cela la dégradation et la fragilité de l'état de santé du patient.

### 5. Répartition de la population enquêtée selon leurs états de santé générale

	secteur	
	public	privé
très bien	1,3%	,0%
bien	10,0%	2,5%
très mauvais	11,3%	,0%
moyen	40,0%	72,5%
mauvais	37,5%	25,0%
Total	100,0%	100,0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

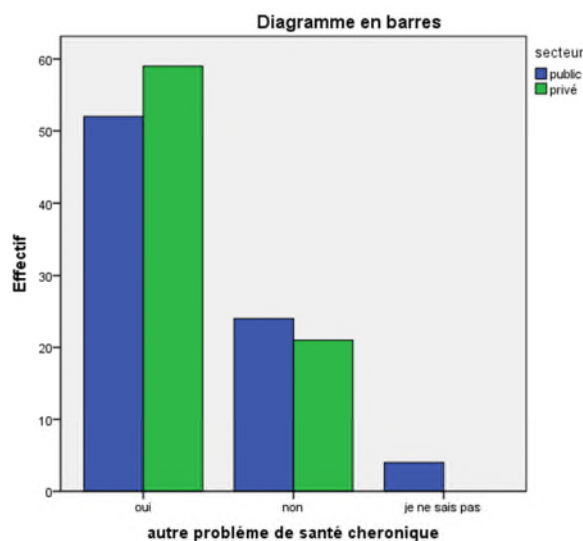
#### Analyse :

A partir des résultats obtenus, on remarque que l'état de santé générale de la plupart des patients enquêtés soit moyen (40% au public, 72.5% au privé) ; ou mauvaise (37,5% au public, 25% au privé).

Le fait que le patient arrive au stade final de l'insuffisance rénale qui nécessite un traitement par hémodialyse, cela veut dire forcément que son état de santé n'est pas normal, il nécessite par ailleurs une prise en charge très soignée. Cependant, si nous trouvons que des patients répondent par « bien » cela reflète leur état psychologique uniquement.

### 6. Répartition de la population enquêtée selon autre problème de santé chronique

	secteur	
	public	privé
oui	65,0%	73,8%
non	30,0%	26,3%
je ne sais pas	5,0%	,0%
Total	100,0%	100,0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

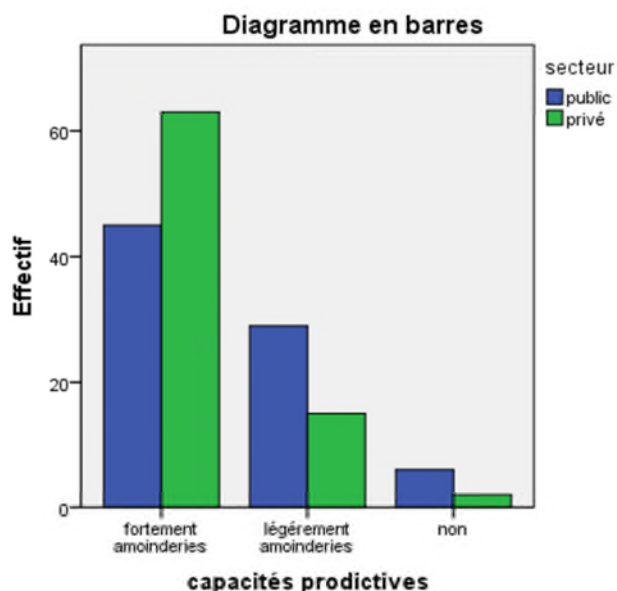
#### Analyse :

D'après le tableau N 6, on remarque que la majorité des enquêtées ont un autre problème de santé chronique avec 65% dans le public et 73.8% dans le privé. La comorbidité dans ce type de problème de santé est une presque évidence. L'insuffisance rénale chronique terminale est généralement associée à d'autres maladies comme le diabète, l'HTA, les maladies cardiaques, etc.



### 7. Répartition de la population enquêtée selon leurs capacités productives

	secteur		
	publi c	privé	Total
fortement amoindries	56,3 %	78,8 %	67,5 %
légèrement amoindries	36,3 %	18,8 %	27,5 %
non	7,5%	2,5%	5,0%
Total	100, 0%	100, 0%	100, 0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

#### Analyse :

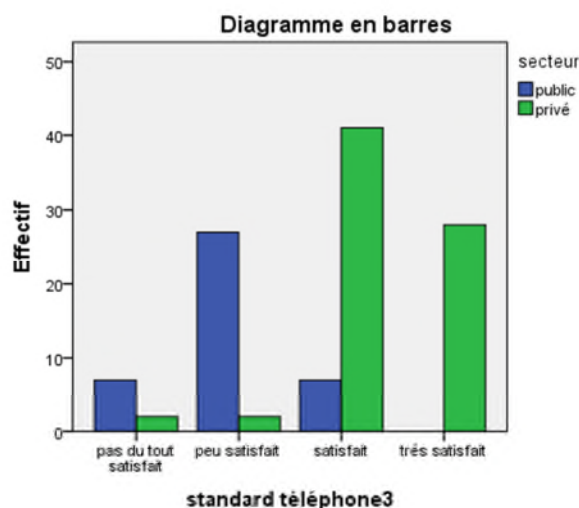
Selon les résultats du tableau, on remarque que la majorité des interrogées leurs capacités productives sont fortement amoindries (56.3% pour le public, 78.8% pour le privé). Suivi par ceux qui leurs capacités productives sont légèrement amoindries (36.3% pour le public, 18.8% pour le privé).

L'insuffisance rénale est connue par son effet dégradateur de l'état de santé du patient. Les capacités productives du patient sont généralement amoindries jusqu'au point de perdre son travail pour s'occuper uniquement de sa santé et de nombreuses séances de traitement.

## 8. Appréciation de la qualité de la prise en charge

### ✚ Qualité de l'information

	secteur		
	public	privé	Total
pas du tout satisfait	17,1%	2,7%	7,9%
peu satisfait	65,9%	2,7%	25,4%
satisfait	17,1%	56,2%	42,1%
très satisfait	,0%	38,4%	24,6%
Total	100,0	100,0	100,0
	%	%	%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

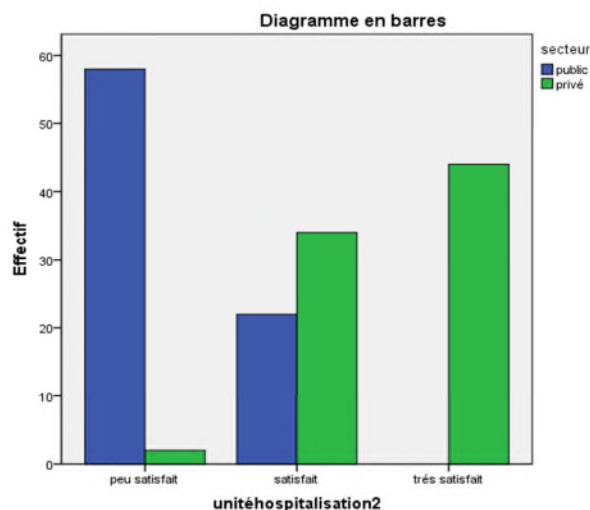
### Analyse :

A travers le graphe ci-dessus nous remarquons que la majorité des patients de secteur public sont peu satisfaits de la qualité de l'information offerte dans ce secteur (65.9% suivi de 17.1% qui sont pas du tout satisfait et que 17.1% sont satisfait), par contre on remarque que dans le secteur privé, la majorité des patients sont satisfait 56.2 % suivi de 38.4% qui sont très satisfait.

Ceci est dû à l'importance accordée à la communication dans les structures privé (téléphone, internet, page Facebook, etc.) ce qui est très en retards dans les structures publiques qui n'ont pas encore des stratégies de communication efficaces et ils ne possèdent parfois même pas de service qui s'occupe de cette mission.

**9. Unité d'hospitalisation :**

	secteur		
	public	privé	Total
pas du tout satisfait	,0%	,0%	,0%
peu satisfait	72,5%	2,5%	37,5%
satisfait	27,5%	42,5%	35,0%
très satisfait	,0%	55,0%	27,5%
Total	100,0	100,0	100,0
	%	%	%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

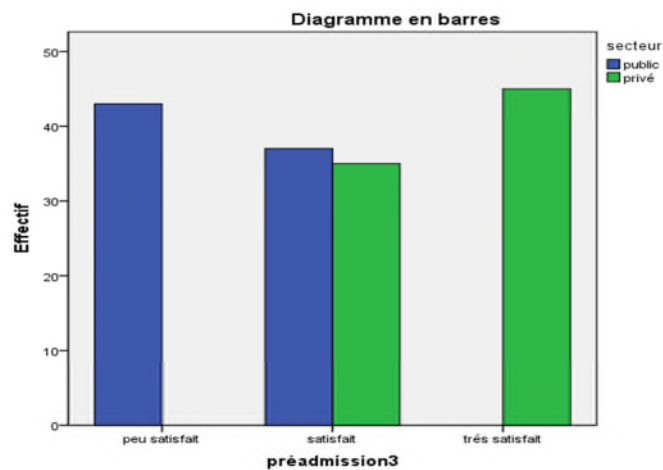
**Analyse :**

En remarque que là plus part des enquêtées de secteur public sont peu satisfait (72.5%) et que 27.5% sont satisfait de la qualité d'accueil, par contre dans le secteur privé la majorité des enquêtées sont soit très satisfaits 55% ou satisfait (42.5%).

Cela se justifie par l'importance de l'image de marque de l'établissement, les propriétaires de ces établissements accordent un intérêt particulier pour l'accueil parce que c'est le premier contact du patient avec l'établissement. Justement pour cette raison que l'établissement prend soins du décor de la rentrée, sélectionne le personnel qui accueillent les patients et les formes pour cette mission. La dominance de la logique commerciale (marchande) motive le personnel à ne pas perdre le patient (client)

### 10. Information sur les conditions du séjour

	secteur		
	public	privé	Total
pas du tout satisfait	,0%	,0%	,0%
peu satisfait	53,8%	,0%	26,9%
satisfait	46,3%	43,8%	45,0%
très satisfait	,0%	56,3%	28,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
		%	%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

#### Analyse :

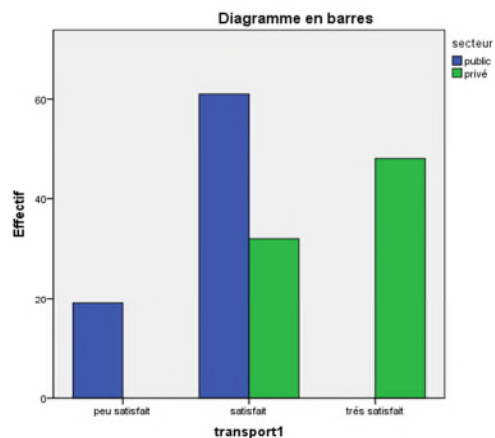
A travers les résultats obtenus, on distingue qu'une partie importante de la population interrogée dans le secteur public (53.8%) sont peu satisfait des informations sur les conditions de séjour, suivi de 46.3% qui sont satisfait. Par contre en remarque que dans le secteur privé la majorité des enquêtées sont très satisfait (56.3%) suivi de 43.8% sont satisfait.

Ça explique un manque énorme des informations dans le secteur public, car les patients ne seront pas informés sur les conditions de séjour. Ce qui diffère de secteur privé qui cherche toujours la meilleure façon de donner des informations pour le patient.

## 11. Transport et mobilité

### a-condition du transport

Condition de transport	secteur		
	public	privé	Total
pas du tout satisfait	,0%	,0%	,0%
peu satisfait	23,8%	,0%	11,9%
satisfait	76,3%	40,0%	58,1%
très satisfait	,0%	60,0%	30,0%
Total	100,0	100,0	100,0
	%	%	%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

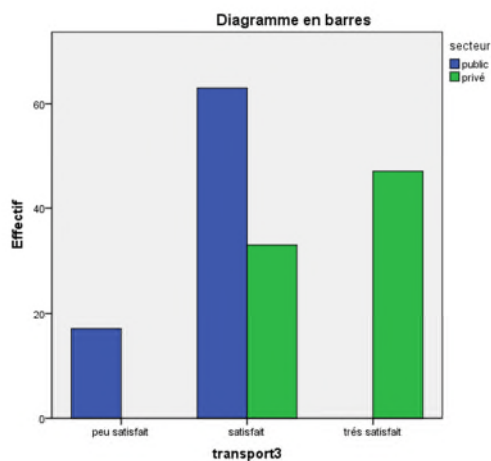
#### Analyse :

Concernent les conditions du transport, en constat que la majorité des patients de secteur public (76.3%) sont satisfait et que 23.8% qui sont peu satisfait à cause de manque du personnel et de matériels de transport.

En revanche en remarque que dans le secteur privé la majorité des patients (60%) sont très satisfait et 40% sont satisfait de ces conditions. La condition de transport est la plus essentiel pour le malade pour lui assurer la mobilité et le déplacement vers l'établissement de soins et arrivé au temps pour les rendez-vous.

**b-délai de prise en charge**

	secteur		
	public	privé	Total
peu satisfait	21,3%	5,0%	10,6%
satisfait	78,8%	41,3%	60,0%
très satisfait	0,0%	58,8%	29,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

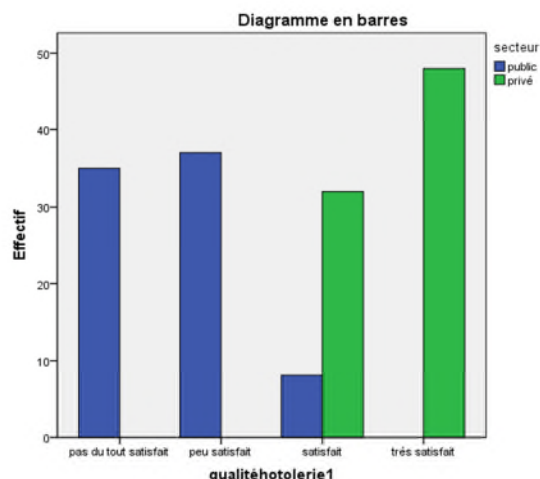
**ANALYSE :**

A partir des résultats obtenus on constate qu'une grande partie de la population enquêtée (78.8%) sont satisfait des délais de la prise en charge dans l'hôpital et juste 21.3% sont peu satisfait. Dans le secteur privé on remarque que la population enquêtée est très satisfaite (58.8%) et 41.3% sont satisfait des délais d'attente. Puisque chaque malade à un rendez-vous fixe pour la science de traitement ce qui rend le patient satisfait de délai de la prise en charge.

## 12. Qualité de l'hôtellerie

### ✚ Confort et équipement de chambre

	secteur		
	public	privé	Total
peu satisfait	46,3%	,0%	23,1%
satisfait	10,0%	40,0%	25,0%
très satisfait	,0%	60,0%	30,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

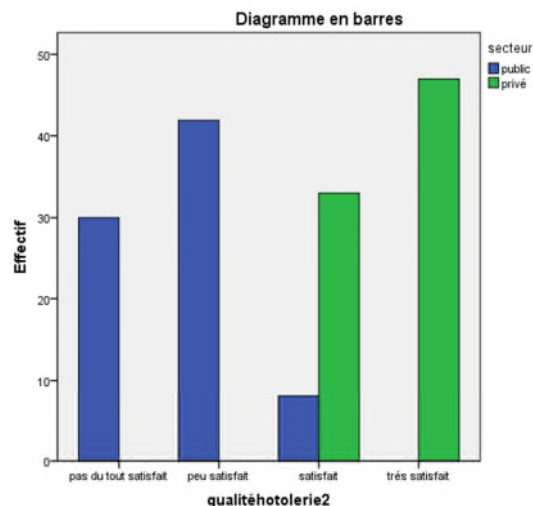
### Analyse :

D'après le tableau ci-dessus, on remarque que presque toute la population interrogée dans le secteur public sont soit peu satisfait (46.3%) ou pas du tout satisfait (43.8%) de confort et l'équipements de leurs chambres. Contrairement, dans le secteur privé on remarque que les patients sont soit très satisfait (60%) et satisfait (40%).

Il est clair que la moitié des patients de secteur public sont insatisfaits à propos de confort et équipement de leur chambre (manque des lits, plus de trois personnes par chambre...), ce qui explique pourquoi le malade préfère de ce soigné dans le privé malgré c'est cher.

✚ Calme durant le séjour

	secteur		
	public	privé	Total
peu satisfait	52,5%	,0%	26,3%
satisfait	10,0%	41,3%	25,6%
très satisfait	,0%	58,8%	29,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

**Analyse :**

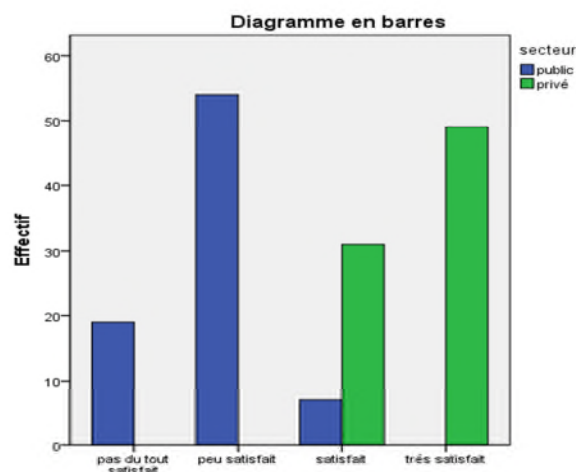
Pour la question du calme durant le séjour, en remarque dans le secteur public que la majorité des enquêtées soit 52.5% ont répondues que ne sont pas satisfait et 37.5% ne sont pas du tout satisfait. Par contre dans secteur privé en remarque que la majorité (58.8%) sont très satisfait et 41.3% sont satisfait. Sella est dû aux bruits des machines (qui sont très enceintes) et le non-respect des malades dans le secteur public.



### 13. Qualité de l'hygiène et propreté globale :

#### 🚰 L'habit du personnel

	public	privé	Total
peu satisfait	67,5%	,0%	33,8%
satisfait	8,8%	38,8%	23,8%
très satisfait	,0%	61,3%	30,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
		%	%



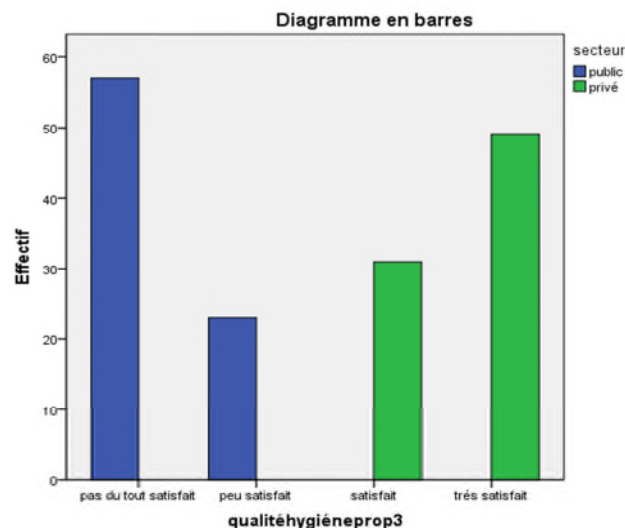
Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

#### Analyse :

En constatant qu'une grande partie des enquêtées de secteur public (65.5%) sont peu satisfait de l'habillement de personnel, 23.8% ne sont pas du tout satisfait et seulement 8.8% qui sont satisfait. Dans le secteur privé on remarque que c'est le contraire puisque la majorité sont très satisfait (61.3%) et 38.8% sont satisfait. Cela se justifie par l'importance de l'image de l'établissement, les propriétaires de ces établissements accordent un intérêt particulier pour la qualité d'image du personnel par la propreté personnel et l'habillement.

#### 14. Qualité d'hygiène dans l'ensemble de l'établissement

	secteur		
	public	privé	Total
pas du tout satisfait	71,3%	,0%	35,6%
peu satisfait	28,8%	,0%	14,4%
satisfait	,0%	38,8%	19,4%
très satisfait	,0%	61,3%	30,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

#### Analyse :

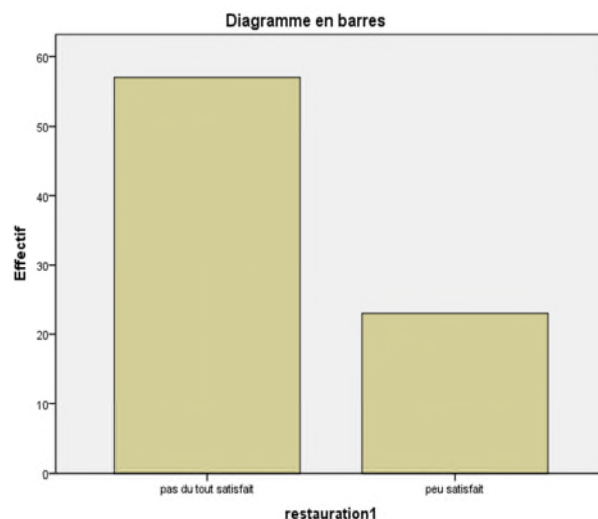
Concernant la qualité d'hygiène dans l'ensemble de l'établissement public en résulte que la plus part des interrogés soit 71.3% ne sont pas du tout satisfait et que 28.8% sont peu satisfait et pour le secteur privé en constat que tous les patients interrogés sont soit très satisfait avec un pourcentage de 61.3% ou satisfait avec pourcentage de 38.8%.

On ce qui concerne la propreté et l'hygiène on trouve que la majorité des patients de secteur public sont insatisfait à cause de manque du personnel charger de ce service malgré que c'est la première condition que demande le client.

15. Restauration :

✚ Qualité des repas

	secteur		
	public	privé	Total
peu satisfait	28,8%	,0%	28,8%
satisfait	,0%	,0%	,0%
très satisfait	,0%	,0%	,0%
Total	100,0%	,0%	100,0%



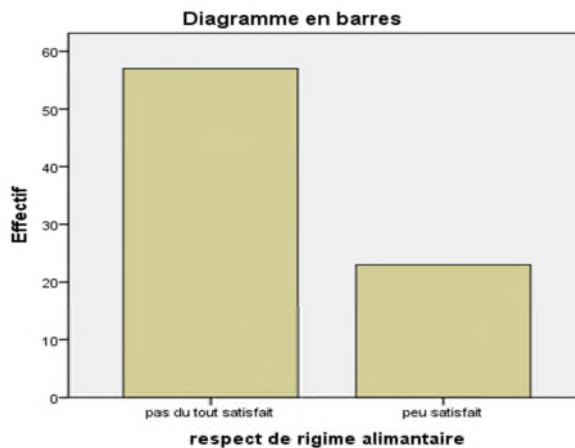
Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

**Analyse :**

D'après les résultats obtenus de tableau, on remarque que la majorité des enquêtées (71.3%) de secteur public ne sont pas du tout satisfait de la qualité des repas et seulement 28.8% sont peu satisfait. Concernent le secteur privé il n'y a pas de restauration pour les malades de l'IRCT. Cela du au non-respect de régime alimentaire des malades de l'IRCT et au manque de financement de ce service. Les agents de service ne respects ni la qualité ni la quantité des repas servir au malade.

✚ **Respect de leurs régimes alimentaires**

	secteur		
	public	privé	Total
peu satisfait	28,8%	,0%	28,8%
satisfait	,0%	,0%	,0%
très satisfait	,0%	,0%	,0%
Total	100,0%	,0%	100,0%



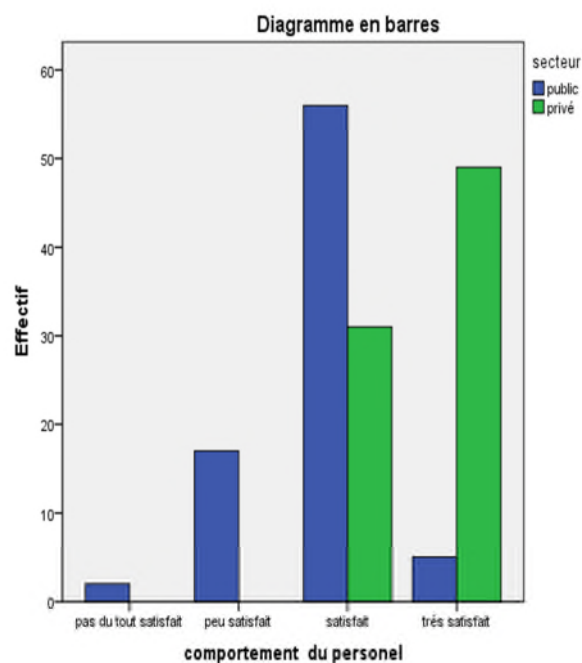
Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

Analyse :

Pour le respect de régime alimentaire des patients, on voit que c'est la même chose et que la majorité ne sont pas du tout satisfait. Il y a que 28.8% des patients qui sont peu satisfait. C'est dû au manque des agents des services et au manque de financement de service de restauration dans le secteur public .

### 16. Qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de jour

	secteur		
	public	privé	Total
pas du tout satisfait	2,5%	,0%	1,3%
peu satisfait	21,3%	,0%	10,6%
satisfait	70,0%	38,8%	54,4%
très satisfait	6,3%	61,3%	33,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%



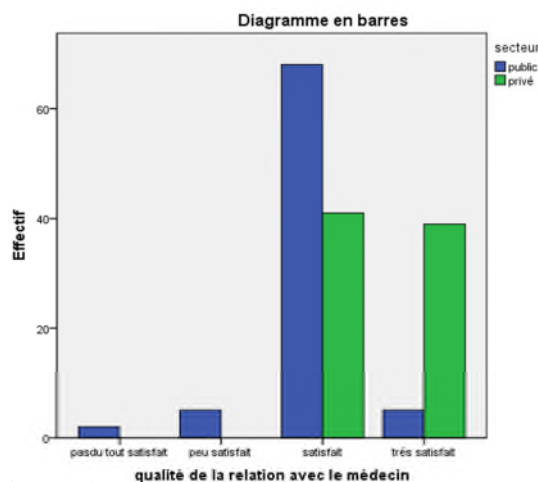
Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

#### Analyse :

Concernent le comportement de personnel dans le secteur public on peut signaler que plus du moitié des enquêtées (70%) sont satisfait et 21.3% sont peu satisfait et que 6.3% qui sont très satisfait. Par contre on remarque que dans le secteur privé tous les patients sont soit très satisfait (61.3%), soit satisfait (38.8%).le comportement de personnel est très important pour l'image de l'établissement et pour attirés la clientèle.

### 16. Qualité de la relation avec les médecins

	secteur		
	public	privé	Total
peu satisfait	6,3%	,0%	3,1%
satisfait	85,0%	51,3%	68,1%
très satisfait	6,3%	48,8%	27,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
			%



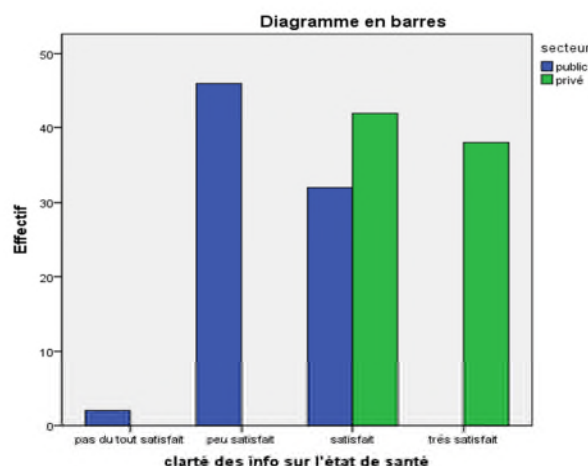
Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

#### Analyse

Maintenant pour la question de qualité de relation avec le médecin, en constat que la majorité des enquêtées dans le secteur public (85%) sont satisfait des relations avec leurs médecins, ainsi que dans le secteur privé en vus que 51.3% des patients sont satisfait et 48.8% sont très satisfait des relations entre eux et leurs médecins. Concernant les relations avec les médecins, ce sont très importante pour la confiance entre le patient et son médecin soignaient et pour que le malade soit alèze.

**17. Clarté des informations sur l'état de santé :**

	secteur		
	public	privé	Total
peu satisfait	57,5%	,0%	28,8
satisfait			%
satisfait	40,0%	52,5	46,3
		%	%
très satisfait	,0%	47,5	23,8
satisfait		%	%
Total	100,0	100,0	100,0
	%	%	%



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

**Analyse**

D'après les repenses des personnes interrogées au sein de l'établissement public, on remarque que la moitié (soit 57.5%) sont peu satisfait concernant la clarté des informations sur leurs états de santé et 40% sont satisfait. Pour le secteur privé on constate que la moitié (soit 52.5%) des enquêtées sont satisfait et 47.5% sont très satisfait. On constate que la majorité des patients de secteur public ne reçoivent pas des informations claires sur leurs états de santé ou à cause de leurs niveaux d'instruction contrairement au secteur privé qui assure toujours les informations nécessaires pour le malade.

**Synthèse globale des résultats de l'enquête**

- Nous constatant d'après l'enquête que la majorité des patients sont insatisfait de la qualité des soins dans le secteur public, par contre ils sont très satisfaits dans le secteur privé.
- Nos patients de secteur public estiment que la qualité de l'information est médiocre suite au manque d'informations et la compréhension des réponses qui limite leur participation.
- Les patients hospitalisés au sein de Frantz fanon sont en majorité insatisfaits de service d'hôtellerie de l'hôpital.

- Les patients hospitalisés au sein de clinique rameau d'olivier sont en majorité satisfaits de service d'hôtellerie de l'hôpital.
- Les patients sont insatisfaits de la disponibilité des matérielles médicales et des moyennes de transport suit au manque de ces dernier au sien de l'établissement.

## **Conclusion**

Ce dernier chapitre nous a permis de bien identifier les insuffisances des hôpitaux public, travers le cas de l'hôpital Frantz fanon de Bejaïa, en adoptant les avis des patients hospitalisés au sien de cette établissement.

La qualité des soins, la qualité médiocre de l'accueil, le manque d'information sur les prestations et les services offerts par l'hôpital, suivi par la disponibilité des moyennes humaines et matériels, sont les principales insuffisances relevées.

D'autre part il nous a permis de faire une comparaison des deux secteurs et de tiré les principaux éléments qui pousse le patient de faire un choix de l'établissement de soins.



# **Conclusion générale**

### Conclusion générale

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur crédible pour mettre en évidence ainsi que pour corriger certains dysfonctionnements dans des établissements de soins.

L'objectif de notre étude était d'apprécier le degré de satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins hospitaliers dans les établissements publics et privé et d'identifier les principaux facteurs qui interviennent dans cette satisfaction

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur crédible pour mettre en évidence ainsi que pour corriger certains dysfonctionnements dans des établissements de soins.

La satisfaction est un objectif régulièrement rappelé, depuis peu d'années dans tous les domaines de service public, notamment le secteur de santé. La mesure et l'évaluation de la satisfaction des patients s'appuient davantage sur des éléments subjectifs, sur des perceptions que sur des critères normatifs. La satisfaction des patients est un concept qui peut être défini comme l'étendue de l'écart entre les attentes des patients et leurs perceptions.

La mesure et l'évaluation de la satisfaction des patients s'appuient d'avantage sur des éléments subjectifs, sur des perceptions que sur des critères normatifs. La satisfaction des patients est un concept qui peut être défini comme l'étendue de l'écart entre les attentes des patients et leurs perceptions. Malgré l'intérêt croissant des chercheurs, des gestionnaires et des praticiens pour la satisfaction des patients, comme indicateur de la qualité des soins.

Notre étude nous a permis de confirmer que les facteurs de l'environnement interne et même les facteurs du contact humain, ont une influence significative et plus importante sur la qualité des soins auprès du patient, sans pour autant écarter les facteurs liés à l'application des connaissances et des techniques par les praticiens, et leurs influences sur la qualité des soins.

La satisfaction représente un indicateur qui permet de corriger les dysfonctionnements de ce secteur, ce n'est pas le fournisseur de la prestation qui peut définir le résultat d'un service offert à un usager, c'est la satisfaction de l'usager qui fait partie des composantes de ce résultat.

Les résultats indiquent que les aspects des soins avec lesquels les patients de l'établissement public sont insatisfaits concernent les services d'accueils tels que le standard téléphonique, l'unité d'hospitalisation et les urgences, aussi l'information médicale reçue, la qualité des repas et même les horaires de distribution des repas. Le calme et la perturbation de

## CONCLUSION GENERALE

repos du patient, la disponibilité du personnel (un infirmier pour 10 malades). La rapidité de réponse aux appels des patients.

Cette insatisfaction des patients par rapport à ces différents domaines est également une préoccupation majeure des patients et leurs familles que des responsables de la santé, des personnels médicaux et paramédicaux.

Par contre les résultats indiquent que les usagers de l'établissement privé sont très satisfaites des services de soins de cette établissement tel que la qualité d'accueil et la qualité d'hygiène et de propreté globale et encore le comportement du personnel et la qualité de la prise en charge médicale et la sécurité au sein de l'établissement.

Points essentielles :

- ❖ Nous constatant d'après l'enquête que la majorité des patients sont insatisfait de la qualité des soins dans le secteur public, par contre ils sont très satisfaits dans le secteur privé.
- ❖ Nos patients de secteur public estiment que la qualité de l'information est médiocre suite au manque d'informations et la compréhension des réponses qui limite leur participation.
- ❖ Les patients hospitalisés au sein de Frantz fanon sont en majorité insatisfaits de service d'hôtellerie de l'hôpital.
- ❖ Les patients hospitalisés au sein de clinique rameau d'olivier sont en majorité satisfaits de service d'hôtellerie de l'hôpital.
- ❖ Les patients sont insatisfaits de la disponibilité des matérielles médicales et des moyennes de transport suit au manque de ces dernier au sien de l'établissement.
- ❖ La qualité des soins, l'hygiène et propreté, le calme et la disponibilité des agents des services d'un établissement attirent l'attention de client, ce qui rend les patients préfèrent de se soigner dans le privé.

# **Bibliographie**

# Bibliographie

## Ouvrage

- Brahamia B. : Economie de la santé : évolution et tendances du système de santé, OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, éd. Bahaeddine Editions, Algérie, 2010.
- Boubchir M-A. : op.cit., p 192.
- CAUMONT.D « *Les études de marché* », Edition Dunod, paris, 1998, p.45.
- DANIEL(R) : « *Mesurer et développer la satisfaction clients* », édition d'organisation, 2001, P24.
- Étude de la satisfaction des étudiants de CESAG, 2010, p 15.
- GAY (B) et autres « *Médecine générale* », édition MASSON, Paris, 2000, p 309.
- GINNELONIET. J, et Vernet. E, *Etudes de marché* ; Les éditions Vuibert, Paris, 1995, P178.
- HAS (haute autorité de santé), « *définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé-pour un débat Public* », France, décembre 2007, p 01.
- Jacob L : *l'insuffisance rénale aigue*, édition Springs, paris, 207, p1.
- KOTLER (F) et autres : « *Marketing management* », 12eme édition, paris, 2006. LENOREVIE(L) :«*Mercator* », 9ème édition, d'undo, paris, 2009.
- MONIN (J), « *La satisfaction qualité dans les services, outil de performance et d'orientation client* », Édition AFNOR, Paris, 2001.

- OUYAHIA Siham, « Système de management de la qualité de satisfaction de la clientèle », université de Bejaia, 2015.
- PhilingueYenthi, satisfaction des patients hospitaliers en France et en Vietnam, mémoire de doctorat, université d'HENRI POINCARÉ, Namcyi, 2003, p14.
- RAY (D), « mesure et développer la satisfaction clients », 3ème édition, édition d'ORGANISATION, Paris, 2002, P 8.
- Rayane T. : Transplantation rénale. In Revue Néphrologie, urgences médicales ISSN 1112-4156/DLN°1021-2002. Spécial néphrologie, 2006, p61.
- POILROUX (R), « Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux », Édition BERGER-LEVRAULT, Paris, p 44.

### Sites internet

- [www.andres-dz.org](http://www.andres-dz.org) .consulté le : 11/03/2019.
- [www.drees.fr](http://www.drees.fr). consulté le : 30/03/2019.
- [www.erudit.fr](http://www.erudit.fr). consulté le : 16/04/2019.
- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). consulté le : 29/05/2019.
- <http://www.santé-publique>. Consulté le : 11/06/2019.
- [www.liberte-algerie.com](http://www.liberte-algerie.com).consulté le : 04/03/2019.
- [www.lesoiralgerie.com](http://www.lesoiralgerie.com). Consulté le :06/04/2019.
- <http://www.CAIRNts> des santés. Fr IMG, « comment rendre un hôpital attractif », octobre, USA, p 02 : consulté le : 10/02/2019.

# Mémoires et thèses

- Cheurfa Taous, essai d'évaluation des coûts de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en Algérie cas de la wilaya de Bejaia, mémoire de Magistère en science économie université. Abderrahmane Mira de Bejaïa, 2012.
- Kohler E. : Dépistage du cancer des reins natifs chez les transplantés rénaux : évaluation des pratiques nancéennes. Thèse du doctorat en médecine. Université d'Henri Poincaré Nancy1. Le 14/06/10.
- Mouri M-O. : essai d'évaluation économiques des médicaments prescrits dans le traitement de l'hypertension artérielle ; cas de CHU de Sétif et de la médecine ambulatoire à Bejaïa. Mémoire de magistère en sciences économiques, Université Abderrahmane Mira de Bejaïa, 2009, p78.

## RAPPORTS ET DOCUMENTS DIVERS

- ANAES : diagnostic de l'insuffisance rénale chez l'adulte, paris : ANAES, septembre 2002.
- ANAES : Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte Argumentaire, Septembre 2004.
- Brahamia B. : Evaluation des coûts de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et du la greffe de rein dans l'Est algérien : étude de cas de l'E.H.S. Daksi- Constantine, rapport final de projet de recherche. Université Mansouri Constantine, décembre 2006.
- Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé(ANAES). Septembre2002, P27.
- Grabat A. : la greffe d'organes, de tissus et cellules : Etats des lieux et perspectives. Journée parlementaire sur la santé, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef-Alger, 2010.

# Articles et communication

- Article L 710-1 du code de la qualité de santé publique, Manuel d'accréditation, Février 1999, p 11.
- Les articles 161 à 168 de la loi 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, journal officiel de la république algérienne, 17 février 1987.
- Brahamia B. : L'insuffisance rénale chronique et son impact sur le système de soins Avec référence au cas du CHU de Constantine. In revue des sciences Humaines, université de Constantine, N°8, 1997.
- FARID HADOUM, Histoire de la dialyse en Algérie : de ses débuts à nos jours, Article Santé-MAG n°30-Mai 2014, P30.
- H SALAH, hémodialyse et transplantation rénale : trentenaire de la société algérienne de néphrologie, Article : journal El watan, 2009, P4.
- Ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients, Art. 2.
- Tahar R. : Epidémiologie et aspects thérapeutiques de l'insuffisance rénale chronique en Algérie, Communication au colloque Maghreb-France, Marseille, 3 et 4 octobre 2003.

# Conférences

- conférence –RR-M<sup>me</sup> Khoukha MEKALT, P<sup>r</sup> Brahim BRAHAMIA. Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement »2012.
- 
- Conférence des hôpitaux académiques de Belgique, Read van universitaire, Soins de qualité et accréditation, 2007, p 02.





# **Table des matières**

## Table de matière

<b>Introduction générale.....</b>	<b>01</b>
<b>Chapitre 01 : la satisfaction et la qualité des soins.....</b>	<b>06</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>06</b>
<b>Section 01 : généralités sur la satisfaction.....</b>	<b>06</b>
<b>1.1. : Définition de la satisfaction.....</b>	<b>06</b>
<b>1.2: les déterminants organisationnels de la satisfaction.....</b>	<b>07</b>
<b>1.2.1 : quatre déterminants principaux.....</b>	<b>09</b>
<b>1. 2.2 : Les acteurs ont identifié cinq écarts possibles .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. : Les trois caractéristiques majeures de la satisfaction .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3.1 : La cible de la satisfaction et ses objectifs .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4. Le lien entre la satisfaction et le profit de l'entreprise .....</b>	<b>12</b>
<b>Section 02 : la qualité.....</b>	<b>13</b>
<b>1. Le concept de qualité.....</b>	<b>13</b>
<b>2. Les forme de qualité.....</b>	<b>13</b>
<b>3. Le but de la qualité .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3. L'importance de la notion de qualité.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3. La qualité et le marketing.....</b>	<b>16</b>
<b>SECTION 03 : la qualité des soins.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1. Définition de la qualité soins.....</b>	<b>18</b>
<b>2. 1. Pourquoi mesurer la qualité des soins ?.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1. Les caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins.....</b>	<b>18</b>
<b>2. Amélioration de la qualité des soins.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Les outils pour améliorer la qualité des soins.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2. Amélioration des pratiques médicales.....</b>	<b>20</b>

# TABLE DE MATIERE

3.2.1. Le capital humain au milieu d'un établissement hospitalier.....	20
3.2.2. L'efficacité des groupes et de l'équipe : le couple adhésion/ cohérence.....	20
3.2.3. Les interventions susceptibles d'influencer les pratiques médicales.....	21
3.2.4. La qualité des soins et les pratiques professionnelles des infirmiers.....	23
3. Amélioration de processus de soins.....	24
1.3. Modes d'amélioration.....	24
<b>Conclusion</b> .....	26
<b>CHAPITRE II : le système de soin Algérien</b> .....	27
<b>Introduction</b> .....	27
<b>SECTION 01 : aspects médicaux et épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique en Algérie(IRC)</b> .....	27
1. Aspect médical de l'insuffisance rénale chronique.....	27
1.1. Définition de l'insuffisance rénale chronique.....	27
1.2. Classification de l'insuffisance rénale chronique.....	28
2. Les facteurs de risque et les symptômes de l'insuffisance rénale chronique.....	30
2.1. Les facteurs de risque de l'insuffisance rénale chronique.....	30
2.1.1 Les causes plus fréquentes.....	32
2.1.1.1. Le diabète.....	32
2.1.1.2 L'hypertension artérielle.....	33
2.1.2 Les causes les moins fréquentes.....	33
2.1.2.1 Glomérulonéphrites chroniques.....	33
2.1.2.2 Néphropathies interstitielles.....	33
2.1.2.3. Néphropathies héréditaires.....	33
2.1. Les symptômes de l'insuffisance rénale chronique terminale.....	34
3. Les traitements et préventions de l'insuffisance rénale chronique.....	34

## TABLE DE MATIERE

<b>3.1. Les traitements de l'insuffisance rénale chronique.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.1 La Dialyse.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.1.1 Hémodialyse.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.1.2 Dialyse péritonéale.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.2 La greffe d'organe.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Les préventions de la maladie rénale chronique.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.1 Prévention primaire de la maladie rénale chronique.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.1.1 Les facteurs non modifiables.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.1.2. Les facteurs modifiables .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2.2 Prévention secondaire.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2.3 Prévention tertiaire.....</b>	<b>40</b>
<b>SECTION 02 : état des lieux de l'insuffisance rénale chronique terminale.....</b>	<b>41</b>
<b>1. La prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en Algérie.....</b>	<b>42</b>
<b>2. Les centres d'hémodialyse en Algérie .....</b>	<b>45</b>
<b>2.1 Répartition des centres d'hémodialyse par wilaya et selon le secteur d'activité</b>	
<b>(Public ou privé) .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.1. Centres d'hémodialyse privés sans convention avec la CNAS.....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.2. Nombre de cliniques d'hémodialyse conventionnées avec la CASNOS.....</b>	<b>47</b>
<b>2.2.2 La greffe rénale en Algérie .....</b>	<b>47</b>
<b>2.3. Le lent développement de la dialyse péritonéale .....</b>	<b>49</b>
<b>SECTION 03 : moyens de prise en charge.....</b>	<b>50</b>
<b>1. Les modes de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie.....</b>	<b>51</b>
<b>2. L'essor de l'hémodialyse chronique en Algérie .....</b>	<b>52</b>
<b>3. La situation de l'insuffisance rénale chronique dans la wilaya de Bejaia .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1. Evolution de nombre d'IRCT dans la wilaya de Bejaia .....</b>	<b>54</b>
<b>3.2. L'activité des centres d'hémodialyse dans la wilaya de Bejaia .....</b>	<b>55</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>59</b>

# TABLE DE MATIERE

<b>CHAPITRE III : ANALYSE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS : COMPARAISON</b>	
<b>ENTRE LE PUBLIC ET PRIVE.....</b>	<b>60</b>
<b>Introduction :.....</b>	<b>60</b>
<b>SECTION 01 : présentation de la méthodologie et l'enquête de terrain .....</b>	<b>60</b>
<b>1.1. L'objectif de l'enquête .....</b>	<b>61</b>
<b>2. Source de l'information et la durée de l'enquête .....</b>	<b>61</b>
<b>2.1. Source d'information.....</b>	<b>61</b>
<b>2.2. La durée de l'enquête.....</b>	<b>61</b>
<b>2.3. Échantillon.....</b>	<b>61</b>
<b>2.4. Le questionnaire.....</b>	<b>61</b>
<b>5. L'analyse des résultats .....</b>	<b>62</b>
<b>SECTION 02 : présentation et analyse des résultats de l'enquête.....</b>	<b>63</b>
<b>1. Répartition de la population enquêtée selon l'âge.....</b>	<b>63</b>
<b>2. Répartition de la population enquêtée selon le sexe.....</b>	<b>64</b>
<b>3. Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'instruction .....</b>	<b>65</b>
<b>4. Répartition de la population enquêtée selon la fonction.....</b>	<b>66</b>
<b>5. Répartition de la population enquêtée selon l'état de santé générale.....</b>	<b>67</b>
<b>6. Répartition de la population enquêtée selon autre problème de santé chronique.....</b>	<b>68</b>
<b>7. Répartition de la population enquêtée selon leurs capacités productives.....</b>	<b>69</b>
<b>8. qualité de la prise en charge .....</b>	<b>70</b>
<b>9. Unité d'hospitalisation .....</b>	<b>71</b>
<b>10. Information sur les conditions du séjour .....</b>	<b>72</b>
<b>11. Transport et mobilité .....</b>	<b>73</b>
<b>a-condition du transport .....</b>	<b>73</b>
<b>b-délai de prise en charge .....</b>	<b>74</b>
<b>12. Qualité de l'hôtellerie.....</b>	<b>75</b>
<b>-confort et équipement de chambre .....</b>	<b>75</b>

## TABLE DE MATIERE

-calme durant le séjour.....	76
<b>13. Qualité de l'hygiène et propreté globale .....</b>	<b>77</b>
-l'habit du personnel.....	77
<b>14. Qualité d'hygiène dans l'ensemble de l'établissement.....</b>	<b>78</b>
<b>15. Restauration .....</b>	<b>79</b>
-Qualité des repas.....	79
-Respect de leurs régimes alimentaires.....	80
<b>16. Qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de jour.....</b>	<b>81</b>
<b>17. Qualité de la relation avec le médecin.....</b>	<b>82</b>
<b>18. Clareté des informations sur l'état de santé.....</b>	<b>83</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>ANNEXES</b>	

# Annexes



## Annexes

**Tableau N° 03 : La répartition des centres d'hémodialyse par wilaya et selon le secteur d'activité (public ou privé) (Annexe N°01):**

Willaya	Centre fonctionnel		Centre fonctionnel			
	Secteur public	Générateur	Localisation	Secteur privé	Générateur	Localisation
Adrar	03	35	Chef de lieu Wilaya+2 dairas	0	0	
Cleft	04	41	Chef de lieu Wilaya+03 diaras	02	21	Chef de lieu Wilaya
Laghouat	02	41	Chef de lieu Wilaya + diara	0	0	
Oumel bouaghi	02	31	Chef de lieu Wilaya +daira	02	22	Chef de lieu Wilaya+1 diara
Batna	06	81	Chef de lieu Wilaya+5 dairas	01	33	Chef de lieu Wilaya
Bejaia	04	51	Chef de lieu Wilaya+3 diaras	03	66	CDL W+2 D
Biskra	03	51	CDL W+2D	2	22	CDL W
Bechar	04	27	CDL W+3D	1	23	CDL W
Blida	01	15	CDL W	09	132	4 CDL W+4 D
Bouira	05	65	CDL W+4D	05	44	2 CDL W+2D
Tamanrasst	2	13	CDL W+1D	0	0	

## ANNEXES

Tébessa	05	72	CDL W+4D	1	16	CDL W
Tlemcen	4	55	CDL W+3D	06	104	4 CDL W+2 D
Tiaret	04	46	CDL W+2D	1	11	CDL W
Tizi ousou	04	58	CDL W+3D	5	97	3 CDL W+2D
Alger	07	92	D	39	480	D
Djelfa	4	64	CDL W+3D	01	08	CDL W
jijel	1	19	CDL W	3	40	CDL W
Sétif	5	44	CDL W+4D	07	103	5 CDL W+2D
saida	05	50	CDL W+4D	2	31	CDL W
Skikda	2	28	CDL W+1D	3	59	CDL W
Sidi bel abbes	1	18	CDL W	7	117	CDL W
annaba	2	26	CDL W+1D	2	24	CDL W
guelma	3	43	CDL W	5	96	CDL W+1D
constantine	5	75	CDL W+4D	4	55	3 CDL W+1D
médéa	3	42	CDL W+2D	1	18	CDL W
Mostagane	4	52	CDL W+3D	4	38	2CDL W+1D
Msila	05	68	CDL W	0	0	
Mascara	03	37	CDL W+2D	1	12	CDL W
Ouargla	6	54	5CDL W+1D	7	141	4CDL W+1D
Oran	3	34	CDL W+2D	1	8	CDL W
Al bayadh	2	12	CDL W+1D	0	0	
illizi	2	25	CDL	3	66	CDL
Bourj bouararidj	3	26	3D	3	43	CDL W+2D
Boumardes	1	18	CDL	1	12	CDL

## ANNEXES

<b>El teref</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>CDL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Tindou</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>CDL W+2D</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>CDL</b>
<b>Tissemsilt</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>CDL W+2D</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>CDL</b>
<b>Khenchla</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>CDL W+2D</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>CDL</b>
<b>Souk ahres</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>CDL W+1D</b>	<b>4</b>	<b>53</b>	<b>3 CDL W+1D</b>
<b>Tipaza</b>	<b>2</b>	<b>35</b>	<b>2D</b>	<b>6</b>	<b>63</b>	<b>4D</b>
<b>Mila</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>CDL W+2D</b>	<b>3</b>	<b>39</b>	<b>CDL W+1D</b>
<b>Ain defla</b>	<b>4</b>	<b>51</b>	<b>CDL W+3D</b>	<b>4</b>	<b>44</b>	<b>CDL W+2D</b>
<b>Naama</b>	<b>3</b>	<b>40</b>	<b>CDL W+2D</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Ain timouchent</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>CDL W+2D</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>CDL</b>
<b>Ghardai</b>	<b>5</b>	<b>79</b>	<b>CDL W+4D</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>CDL</b>
<b>Ghilizan</b>	<b>5</b>	<b>36</b>	<b>CDL W+4 D</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>1989</b>		<b>156</b>	<b>2033</b>	

Source : réalise par moi soins, données recueillie aux prêts du ministère de la santé et de la population et de la réforme Hospitalière

## ANNEXES

**Tableau N° 04 : Les centres d'hémodialyse privés sans convention avec la CNAS (Annexe N°02)**

Wilaya	Daïra	Nombre des générateurs	Nombre de Centre
Chleff	Chleff	6	1
Oum El Bouaghi	Oum El Bouaghi	6	1
Bejaia	Bejaia Akbou	18	2
		16	1
Biskra	Biskra	8	<b>1</b>
Blida	Blida	15	1
Bouira	Bouira	7	1
	Lakhdaria	21	2
Alger	Hussein dey Dar El Beida	26	2
	Bouzareah Birmandreis	16	2
	Sidi M'hamed	6	1
		6	1
		10	1
Jijel	Jijel	13	1
Sétif	Sétif	12	1
	Ain Azel	8	1
Saida	Saida	5	1
Skikda	Skikda	19	1
Annaba	Annaba	31	2
Canstantine	Constantine	24	1
El bayadh	El bayadh	8	1
Boumerdes	Khemis El Khechna	8	1
	Thénia	8	1
Souk ahres	Souk ahres	8	1
Ain Defla	Khemis Miliana	11	1
Ghardaïa	Ghardaïa	12	1
<b>Total</b>	-	<b>340</b>	<b>34</b>

**Source:** réalise par moi soins, données recueillie aux prêt du ministère de la santé et de la population et de la réforme Hospitalière

## ANNEXES

**Tableau N° 05 : Le nombre de cliniques d'hémodialyse conventionnées avec la CASNOS (Annexe N°03):**

-Cliniques d'Alger : 34	- Cliniques de Boumer des : 03
- Cliniques de Blida : 06	-Cliniques de Guelma : 03
- Cliniques d'Oran : 06	-Cliniques de Constantine : 02
- Cliniques Annaba : 06	-Cliniques de Mila : 02
- Clinique de Tlemcen : 06	-Cliniques de Souk Ahras : 02
- Clinique de Sétif : 06	-Cliniques de Khenchela : 02
- Cliniques de Tizi Ouzou : 05	-Cliniques de Tipaza : 05
- Clinique de Bejaia : 04	-Cliniques de Bouira : 04
- Cliniques de Batna : 03	-Cliniques de Chlef : 03
- Clinique de Ain Defla : 03	-Clinique de Bordj Bou Arredj : 03
- Cliniques de Médéa : 03	-Cliniques de Sidi Bel Abbes : 02
- Clinique de Laghouat 01	-Clinique d'Oum El Bouaghi : 01
- Clinique de Jijel : 01	-Clinique de Skikda : 01
- Clinique d'El Tarf : 01	-Clinique de Mostaganem : 01
- Clinique d'Ouargla : 01	-Clinique de Ghardaïa : 01

## ANNEXES

**Tableau N° 07 : Evolution de l'activité des centres d'hémodialyse publics et privés dans la wilaya de Bejaia de 2011 à 2016 (Annexe N°04):**

Centre d'Hémodialyse		Année					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
C.H.U BEJAIA	Générateur	16	17	21		21	21
	Dialysé	135	115	101		107	71
	Liste d'attente	12	36	36		20	07
	Nombre de décès	22	19	13		15	08
E.P.H. AKBOU	Générateurs	14	13	13		14	14
	Dialysé	85	83	83		70	58
	Liste d'attente	13	06	06		01	00
	Nombre de décès	14	12	15		10	04
E.P.H KHERRATA	Générateurs	11	11	13		13	15
	Dialysé	42	45	45		59	49
	Liste d'attente	11	10	07		02	12
	Nombre de décès	07	05	03		06	01
E.P.H.SIDI-AICH	Générateur	10	10	10		10	10
	Dialysé	10	34	38		53	48
	Liste d'attente	14	17	13		00	00
	Nombre de décès	00	02	05		09	00
Centre d'hémodialyse « le rameau D'olivier »	Générateurs	18	16	20		15	16
	Dialysé	85	87	88		85	86
	Liste d'attente	00	00	00		00	00
	Nombre de décès	05	04	04		01	01
Centre d'hémodialyse « Dr Rachid BENMERAD »	Générateurs	-	-				12
	Dialysé	-	-				66
	Liste d'attente	-	-				00
	Nombre de décès	-	-				00
Centre d'hémodialyse « L'Orchidée NACER »	Générateurs	-	-	20		14	14
	Dialysé	-	-	88		56	59
	Liste d'attente	-	-	00		20	18
	Nombre de décès	-	-	04		02	03
Centre d'hémodialyse « Clinique BENMOUFFOK »	Générateur	-	-			16	20
	Dialysé	-	-			60	88
	Liste d'attente	-	-			00	00
	Nombre de décès	-	-			01	02
Centre d'hémodialyse	Générateur	16	18	16		16	16
	Dialysé	75	72	65		54	53
« Dr MOHDEB	Liste d'attente	06	00	00		00	00
	Nombre de décès	11	05	04		06	01

**Source :** nos soins à partir des données de la DSPRH « direction de la santé de la population et de réforme hospitalière de Bejaia.

réalisé par

# ANNEXES



UNIVERSITE ABDARRAHMAN MIRA DE BEJAÏA  
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, SCIENCES COMMERCIALE ET DES SCIENCES DE  
GESTION



## DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUE

Master : Economie de développement

QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES USAGERS DU CLINIQUE PRIVE LE RAMEAU D'OLIVIER DE BEJAIA.

« L'évaluation de la qualité des services de soins de point de vue des patients au niveau de la clinique privé le rameau d'olivier »

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de Master en économie de développement, nous vous prions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire relatif à la question de la qualité des soins dans les établissements privés hospitaliers. Nous vous garantissons que le but de cette enquête n'est pas commercial et que les informations recueillies resteront strictement confidentielles et elles seront utilisées pour des fins purement scientifiques

Merci d'avance

### INFORMATION GÉNÉRALES

**Vous avez quel Age ?**

- Moins de 18ans                      35ans\_64ans  
 18ans\_34ans                        65ans et plus

**Vous êtes de quel sexe ?**

- Homme  
 Femme

**Quel est votre niveau d'instruction**

- Primaire                               Universitaire  
 Secondaire                             Sans

**Quelle est votre fonction**

- Salarier                                Fonction libérale  
 Fonctionnaire                        Sans emploi

### ETAT DE SANTE

**Comment est votre état de santé générale ?**

- Très bien                               Moyen  
 Bien                                         mauvais  
 Très mauvais

**Souffrez-vous d'une maladie ou d'un Problème de santé chronique ?**

- Oui                                       Non  
 Je ne sais pas

**Avez-vous l'habitude de tomber malade ?**

- Oui                                       Non

**Consultez-vous le médecin en cas de mal aise ?**

- Oui                                       Non

**Êtes-vous déjà hospitalisés ?**

- Oui                                       Non

**Si oui, une hospitalisation de combien de jours ?**

- Moins de 2 jours                     de 3 à 5 jours  
 De 6 à 10 jours                       Plus de 10 jours

**Vos capacités productives sont-elles amoindries par un problème de santé ?**

- Fortement amoindries               Non  
 Légèrement amoindrie

# ANNEXES

## QUALITÉ DE L'ACCUEIL

Très satisfait    Satisfait    Peu satisfait    Pas du tout satisfait

**1) Accueil**  
Que pensez-vous de la qualité de la prise en

Standard téléphonique

Délais d'attente				
Qualité de l'accueil				
Qualité de l'information				

### UNITE D'HOSPITALISATION

Délais d'attente				
Qualité de l'accueil				
Qualité de l'information				

### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Délais d'attente				
Qualité de l'accueil				
Qualité de l'information				

### URGENCES

Délais d'attente				
Qualité de l'accueil				

## QUALITÉ DE L'HOSPITALISATION

**2) La pré-admission**

**Etes-vous satisfait des modalités de pré-admission**

Délais des formalités				
Confidentialité				
Information sur les conditions de séjour				
Qualité de l'information				

**3) Transport et mobilité**

**Etes-vous satisfait des modalités du transport**

Conditions de transport				
Respect de la confidentialité				
Délai de prise en charge				
Conditions d'hygiène et de sécurité				

**4) Conditions de séjour**



### Qualité de l'hôtellerie

Confort et équipement de votre chambre (literie, salle de bain..)				
Calme durant le séjour				

### Prestations complémentaires

La télévision				
Téléphone				
Internet				

### Qualité de l'hygiène et propreté globale

dans votre chambre				
l'Habit du personnel				
Dans l'ensemble de l'établissement				

### Restauration

Qualité des repas				
Quantité des repas				
Qualité du service				
Horaire du service				
Variété des plats proposés				
respect de votre régime alimentaire				

### Comportement du personnel

Qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de jour				
Qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de nuit				
Qualité du contact et disponibilité des autres personnels				
Identification des fonctions du personnel au sein de l'établissement				

### Qualité de la prise en charge médicale

Qualité de la relation avec les médecins				
Façon dont vous avez été associé aux décisions thérapeutiques				
Clarté des informations sur votre état de santé				
Qualité des informations sur les soins, actes médicaux ou examens proposés				
Qualité des informations sur les effets indésirables possibles des examens ou traitements				



Merci pour votre collaboration



# Résumé

## Résumé

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur intéressant pour mettre en évidence et corriger certains dysfonctionnements des établissements publics de soins.

La présente recherche a pour but d'apprécier le degré de satisfaction de la population desservie par CHU Frantz Fanon et la clinique le rameau d'olivier et identifier les principaux facteurs qui diffèrent ces deux secteurs et qui influencent cette satisfaction. Pour cela, nous avons procédé, dans la partie empirique, par questionnaire sur 160 patients interrogés.

Cette étude montre qu'une large majorité des patients présente leur avis d'insatisfaction vis-à-vis des délais d'attente, de la qualité de l'accueil, des services d'hôtellerie, aussi de l'information fournie et de la qualité des soins et de l'hôtellerie dans le secteur public, par contre elle montre la satisfaction d'une large majorité des patients des mêmes services mais dans le secteur privé.

**Mots clés :** Service sanitaire, Qualité des soins, Satisfaction des patients.

## Summary

Patient satisfaction is an important dimension of quality of care and an interesting indicator for highlighting and correcting certain dysfunctions of public health care facilities.

The purpose of this research is to assess the level of satisfaction of the population served by CHU Frantz Fanon and the Olive Branch Clinic and to identify the main factors that differ from these two sectors and that influence this satisfaction. For this, we proceeded, in the empirical part, by questionnaire on 160 patients questioned.

This study shows that a large majority of patients present their opinion of dissatisfaction with the waiting times, the quality of the reception, the hotel services, the information provided and the quality care and hospitality in the public sector, on the other hand it shows the satisfaction of a large majority of patients of the same service but in the private sector.

**Keywords:** Health service, Quality of care, Patient satisfaction.

## ملخص

يُعد رضا المريض بُعدًا مهمًا لجودة الرعاية ومؤشرًا مثيرًا للاهتمام لتسليط الضوء على بعض أوجه القصور في مرافق الرعاية الصحية العامة وتصحيحها.

الغرض من هذا البحث هو تقييم مستوى رضا السكان الذين يخدمهم المركز الاستشفائي الجامعي والعيادة الخاصة عُصن الزيتون وتحديد العوامل الرئيسية التي تختلف عن هذين القطاعين والتي تؤثر على هذا الرضا.

وهذا، ما تابعا، في الجزء التجريبي، من خلال استبيان على 160 مريضًا تم استجوابهم.

توضح هذه الدراسة أن غالبية كبيرة من المرضى يقدمون رأيهم بعدم الرضا عن أوقات الانتظار، وجودة الاستقبال، والخدمات الفندقية، والمعلومات المقدمة والرعاية الجيدة وكرم الضيافة في القطاع العام، من ناحية أخرى، يُظهر رضا غالبية المرضى من نفس الخدمة ولكن في القطاع الخاص.

**الكلمات المفتاحية:** الخدمة الصحية، جودة الرعاية، رضا المرضى.