

Édito

par Abdellatif Keddad

Les systèmes de protection maladie mis en place par les Etats, résultent de réflexions impactées par la volonté d'optimiser les financements de la santé; la tendance s'orientant vers la couverture universelle. S'il en existe 3 principaux, ceux-ci évoluent sous la dynamique des demandes des patients de plus en plus exigeants de la qualité des soins, sous celle des budgets et sous l'évolution des performances des professionnels de la santé. B. Brahamia qui a étudié le système sanitaire algérien, a mis en évidence des facteurs d'accroissement des dépenses. Ses résultats, couplés à l'étude australienne qui a montré que pour chaque dollar investi chez les pharmaciens par les pouvoirs publics, une économie de 4 dollars était obtenue, peuvent suggérer une rémunération basée sur les prestations. Ce modèle a été adopté par de nombreux pays, qui ont réalisé des études similaires, toutes produisant les mêmes conclusions: l'intervention pharmaceutique (IP) contribue à une meilleure santé au meilleur coût.

Sommaire :

- Accès aux soins : une préoccupation majeure des Etats
- Le système algérien de protection sociale
- Chaque 1\$ investi par l'Etat pour le pharmacien, permet d'économiser 4 \$
- Impact économique dans un service de rééducation

Média du 1er Groupement de Pharmaciens

Septembre 2017
N°005

L'accès aux soins pour les populations

Une préoccupation majeure pour les Etats

L'accès aux soins pour les populations, a toujours été une préoccupation des Etats, pris entre les professionnels de santé qui placent la santé au-dessus de toute valeur, et les milieux administratifs et économistes ayant une approche opposée, plus rationnelle qui estiment qu'il y a un marché de soins et que toute chose a un coût. Ainsi, chacun en fonction de son système politique, du modèle social au libéral choisi, s'est mis à élaborer des solutions. La tendance mondiale étant portée sur la couverture sanitaire universelle – dite CSU.

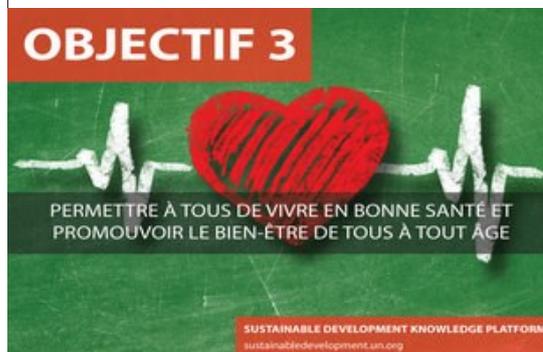
prestations offertes, du mode de financement d'organisation et de régulation. Il distingue ainsi 3 types de systèmes.

1/ les systèmes nationaux de santé. Ils assurent un accès quasiment gratuit aux soins se rapprochant de la couverture sanitaire universelle. L'Etat organise les soins et le finance à travers l'impôt. C'est le cas des pays Nordiques (Suède, Norvège, Danemark, Finlande) de la Grande Bretagne, Irlande, Italie, Espagne, etc. Si ces systèmes assurent une égalité d'accès aux soins des populations, la qualité peut parfois être discutable et l'attente

peut être longue pour accéder aux soins spécialisés. De tels systèmes présentent des coûts relativement bas.

2/ Les systèmes d'assurance maladie. Dans ces systèmes, les soins sont assurés à la fois par le secteur public et le secteur privé, comme l'Allemagne, la France, l'Autriche, le Japon, etc. Les frais étant en grande partie supportés par la sécurité sociale qui puise ses ressources à travers les cotisations de ses membres. Dans ces systèmes, le choix du patient est préservé avec un bon niveau de qualité des soins, mais les coûts sont élevés.

3/ Les systèmes libéraux de santé. Ils sont comme leur nom l'indique, intégrés dans un système libéral comme les Etats Unis (avant l'Obamacare), où seules les pauvres, les personnes âgées, les invalides et celles nécessitant des soins de grande urgence sont couvertes par le service public. Si la plus grande partie de la population, doit recourir aux assurances privées,



Les États Membres de l'OMS se sont fixés l'objectif d'organiser leur système de financement de la santé en vue d'en garantir une couverture universelle. L'expression «**couverture universelle**» signifie que chacun peut accéder aux services de santé sans devoir craindre de graves répercussions financières liées au paiement des soins.

Bruno Palier, chercheur à Sciences PO, CNRS compare dans le traité d'économie et de gestion de la santé, les systèmes de protection maladie utilisés par les pays. Il décrit leurs différences qu'il situe au niveau des modalités d'accès aux soins, du type de

(Suite page 4)

Le système algérien de protection sociale: Un système mixte cependant fragile

Le système algérien de protection sociale est né en 1949 et concernait dans un premier temps les salariés, sur les salaires desquels une quote part était prélevée. C'était un système basé sur le principe de l'assurance et de la solidarité. C'est à cette période qu'avait été lancée l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) par le système colonial.

En 2014, selon l'ONS 41,8 % de la population occupée n'est pas affiliée à la sécurité sociale (contre 53,1% fin 2007), bien que profitant de la gratuité des soins, c'est l'universalité du système algérien. Le numéro 107 des cahiers du CREAD (2014) publiait l'article de Merouani et Co (1), et estimait le manque à gagner à 38 % des recettes de la CNAS, du fait qu'une bonne partie des salariés n'étaient pas affiliés à la sécurité sociale en 2009.

Merouani rappelle que les caisses se retrouvent souvent en difficultés financières et L'Etat est obligé d'intervenir par son budget social pour éponger les déficits qui sont le résultat de l'augmentation des prestations sociales alors que les cotisations ne suivent pas. Cette différence entre les deux est donc supportée par le budget social de l'Etat, et les transferts sociaux sont largement supérieures aux recettes contributives (cotisations) Ce budget social de l'Etat est financé par la fiscalité des recettes pétrolières. Citons Kaid Tlilane N. (2) qui rapportait dans le N°4 de la revue internationale de sécurité sociale, une contribution de l'Etat de 55,2 % des dépenses nationales de santé (DNS), 31 % pour la sécurité sociale et 13,8% pour les ménages. A titre de comparaison, en 2014, l'Etat français participait à hauteur de 1,4% au financement de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et les dépenses hors CSBM représentaient 5% de la dépense courante de santé.

Démographie des praticiens en Algérie : accroissement des effectifs et persistance des déséquilibres

Brahim Brahamia (3) évoquait des déséquilibres qui impactaient les caisses de la sécurité sociale. Il a re-

constitué les données pour l'exercice 2005. Il rapportait ainsi que sur 50 000 praticiens, on retrouvait 66 % de médecins généralistes qui exerçaient au sein du secteur public. Ce taux est de 61 % pour les médecins spécialistes. La capitale qui compte 8% de la population totale, regroupe 29% des médecins spécialistes du pays. Il y a un déséquilibre dans cette répartition, car les ratios pour Alger étaient de 1 spécialiste pour 860 habitants, tandis qu'à Tissemsilt, ce taux chutait à 1 spécialiste pour 17 800 habitants. Autre facteur impactant les déficits, celui de la dépense publique qui selon la Banque Mondiale portait les dépenses de fonctionnement dans le secteur de la santé en août 2007, à 60.6 % pour les frais de personnels et 18,4% pour les médicaments. A noter que la recherche médicale n'occupait que 0,04% des dépenses de fonctionnement.

B. Brahamia poursuit en identifiant certains facteurs d'accroissement des dépenses de santé, citons:

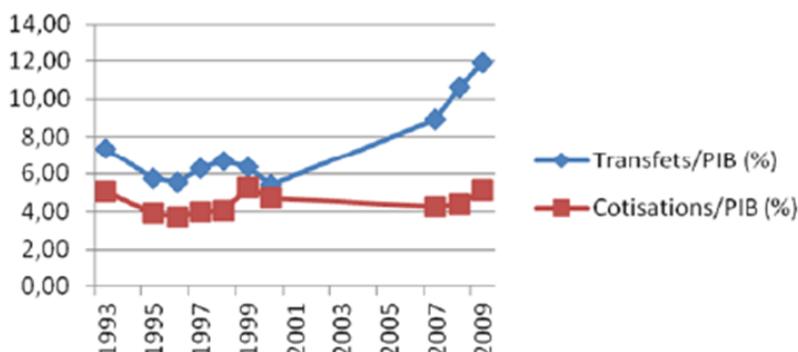
- * une transition sanitaire avec affirmation du poids croissant des maladies non transmissibles et la persistance des maladies transmissibles,
- * des progrès de la médecine et de la technologie des soins,
- * un ajustement de la rémunération des personnels,
- * une révision des tarifs de la nomenclature des actes médicaux,
- * une amélioration du niveau de vie (urbanisation, accidents, stress, comportements à risques,
- * une transition démographique,
- * un vieillissement de la population,
- * une extension de la couverture sociale,
- * un accroissement des ressources humaines avec une arrivée en moyenne de 3 000 médecins formés par année. L'offre créant la demande.

L'évaluation de l'impact de chacun de ces éléments, devrait contribuer à préserver le système et à le rendre plus performant.

(1) Economiste, Université de Chlef

(2) Economiste, Université de Bejaia

(3) Economiste, Université de Constantine



Graphique: Evolution de la Participation du fond social de l'Etat au financement de la sécurité sociale et part des cotisations

Toute l'info sur:
www.pharmainvest.dz

Chaque 1 \$ investi par l'Etat pour le pharmacien, permet d'économiser 4 \$ en moyenne

Les études sur l'impact économique de l'intervention pharmaceutique (IP), en termes de bénéfices ou d'économies générées (coûts directs et indirects), sont nombreuses. La première remonte à 1979 et a concerné l'analyse coût-bénéfice d'un service de pharmacie clinique. Les auteurs ont voulu évaluer les avantages et les coûts des services de pharmacie clinique pour montrer que ceux-ci peuvent être une solution à la demande croissante de ces services par le corps médical, les financeurs et les consommateurs.

Revue de la littérature internationale

Une revue de la littérature portant sur les travaux réalisés sur le sujet entre 1996 et 2000, a fait l'objet d'une publication dans le PHARMACOTHERAPY volume 23, number 1 en 2003 par Glen T Schumock, Melissa G Butler, Patrick De Meek & Co qui ont constitué en 2002 une Task Force sur *the Economic Evaluation of Clinical Pharmacy Services of The American College of Clinical Pharmacy* - ACCP. Le travail de recherche s'est fait en interrogeant 2 bases de données de littérature: MEDLINE et l'International Pharmaceutical Abstracts. Ceci a permis de retrouver 1465 publications faites entre le mois de janvier 1996 et décembre 2000. Elles ont été filtrées selon les critères de l'étude pour en retenir 59. Ces articles provenaient de revues spécialisées comme *l'American Journal of Health-System Pharmacy* (19 articles, 32%), *The Pharmacotherapy* (8 articles, 14%), *the Annals of Pharmacotherapy* (5 articles, 8%), et *Hospital Pharmacy* (4 articles, 7%). La plupart des études (86%) ont été menées aux Etats Unis, 2 en Australie, d'autres au Canada, en Grèce, en Espagne, aux Pays Bas, au Japon, et au Royaume Uni.

La distribution de 52 % d'entre elles a concerné des travaux réalisés dans des hôpitaux, et 41% des travaux réalisés dans des pharmacies communautaires (officines). Les interventions des pharmaciens relevées portaient dans 28 % des cas sur la surveillance des pharmacothérapies, dans 12 % des cas sur les programmes de médicaments cibles, dans 6% des cas sur la gestion des maladies, 6% également sur l'éducation thérapeutique.

Les ratios bénéfiques / coût dans le secteur de la pharmacie communautaire (d'officine), ont porté pour l'essentiel sur des services d'analyses des pharmacothérapies.

Les résultats de ces études montrent que pour chaque dollar investi par l'Etat dans les services du pharmacien, c'est un bénéfice moyen de 4 \$ qui est retrouvé, avec une valeur maximale de 16,7 \$.

Impact clinique et économique du pharmacien dans une unité de chimiothérapie en Corée du Sud

Les Sud Coréens ont mené une étude sur l'impact économique de l'intervention du pharmacien dans une unité de chimiothérapie, au niveau du *Cancer Hospital of Seoul*. Celle-ci a été réalisée entre 2012 et 2013. Au cours de ce travail, 39 649 prescriptions concernant 6 364 patients ont été analysées. Parmi elles, 631 prescriptions de 435 patients ont nécessité l'intervention du pharmacien. Dans 60,9% des cas, le pharmacien est intervenu pour modifier les doses. Les interventions ont été cotées par un oncologue et un pharmacien indépendant sur la base d'une grille allant d'intervention non significative à intervention extrêmement significative.

Les résultats des notations ont donné :
1,3 % des interventions ont été évaluées extrêmement pertinentes,
9,8 % des interventions ont été évaluées très pertinentes,
39,3 % des interventions ont été évaluées pertinentes,
44,1 % des interventions ont été évaluées plus ou moins pertinentes,
5,5 % des interventions ont été évaluées non pertinentes.

Ainsi, dans cette dernière étude, les interventions des pharmaciens coréens, ont permis, dans la moitié des cas (50,4 %) de corriger ou d'améliorer une pharmacothérapie, générant des économies en coûts directs et indirects.

La tendance mondiale s'oriente vers l'identification de missions pour les pharmaciens en vue d'exploiter leurs compétences au service d'une meilleure santé au meilleur coût.

Les membres du

Conseil d'Administration

Fouidil Mekideche, président
 Mehdi Chehili,
 Yacine Leghrib,
 Abdelmadjid Fatmi,
 Atef Ghozlane,
 Salim Zaaboub,
 Abdelghani Kara,
 Hichem Zouak,
 Abdelmoumen Maatalah,
 Redouane Kias,
 Hichem Dacha,
 Mourad Gouga,

Comité de stratégie et de réflexion :

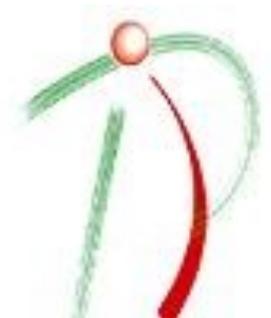
Fouidil Mekideche
 Mehdi Chehili
 Hichem Dacha
 Hichem Zouak

Comité de recrutement et de rémunération:

Fouidil Mekideche
 Mehdi Chehili
 Hichem Dacha
 Redouane Kias

Comité d'audit:

Yacine Leghrib
 Abdelmoumen Maatalah
 Abdelghani Kara
 Soualili Mourad



Le Bulletin du Pharmacien

Média du 1er Groupement de Pharmaciens
Abdellatif Keddad
Rédacteur en chef

Pharma Invest spa

Société au capital social de
1 270 252 880.00 DA

Siège social

Cité Houari Boumediène El-Eulma
- Algeria

Téléphone : +213 36 76 12 16

Fax : +213 36 76 12 19

www.pharmainvest.dz

Messagerie :

contact@pharmainvest.dz

عيدكم مبارك

(Suite de la page 1)

une autre partie se retrouve sans couverture maladie. Un tel système basé sur le financement privé est très performant, surtout pour les personnes aisées qui peuvent avoir accès aux meilleurs soins. Les dépenses de santé sont globalement élevées. Le président Barack Obama signait le 30 mars 2010 le *Patient Protection and Affordable Care Act*, (Loi sur la protection des patients et des soins abordables) plus connu sous le nom de Obamacare, qui entra en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Ce fut une véritable réforme du système de santé qui obligeait toute personne payant des impôts aux Etats Unis à se doter d'une assurance santé. Cette loi réduisait les inégalités en rendant universel l'accès aux soins pour près de 50 millions d'Américains. Si le nouveau président Donald Trump signait le 20 janvier 2017 un nouveau décret qui remettait en cause l'Obamacare, le sénat américain se prononçait le 25 juillet 2017 pour un rejet de l'ouverture des débats sur la réforme du

système de santé par 51 voix contre 49. Parmi les 3 sénateurs républicains du camp du président, qui ont voté contre, la sénatrice Shelley Moore Capito sénatrice de l'Etat de Virginie, l'un des plus pauvres des USA, pour les habitants duquel l'Obamacare offre une couverture sociale intéressante. Aux Etats Unis, aucun texte ne peut être examiné sans un premier vote autorisant l'ouverture des débats.

Cet exemple illustre combien la préoccupation est grande chez les élus, prêts à ne pas suivre les directives de vote de leur parti politique pour préserver un accès aux soins des citoyens.



Impact économique et plus value du pharmacien en service de rééducation

L'impact économique des interventions pharmaceutiques en service de rééducation neurologique

En France, une enquête réalisée en 2009 (Michel P, Mino-dier C) rapportait que 26 % des événements indésirables graves (EIG) survenus en cours d'hospitalisation, étaient liés aux médicaments. Cette étude note que 15 000 à 60 000 cas par an soit près de 46 % de ces incidents étaient évitables. C'est au niveau de la prescription que le risque est donc le plus grand et où l'intervention du pharmacien à travers l'analyse pharmaceutique des prescriptions permet de détecter des problèmes médicamenteux et de formuler des opinions pharmaceutiques ou de réaliser des IP au prescripteur.

M. Hubault, H.M. Spath, L. Malet et Co des hospices civils de Lyon, ont enregistré, pendant une année du 1^{er} janvier au 21 décembre 2012, les interventions pharmaceutiques (IP) réalisées dans un service de neurologie, en vue d'évaluer l'impact économique de l'analyse des prescriptions. Les résultats ont été publiés dans la revue Elsevier PHCLIN-462 en 2016. Les IP ayant un impact économique potentiel comme la diminution de posologie, l'arrêt, la substitution etc. ont été retenus. Une évaluation des Coûts Directs Médicamenteux Evités (CDME) a été réalisée. Cette étude de type analyse des coûts, compare les CDME par les IP aux coûts directs induits nécessaires à la réalisation de l'IP (coûts salariaux pharmaceutiques dédiés à l'activité). Cette méthode a été utili-

sée dans de nombreuses études.

Sur les 4 228 prescriptions de l'échantillon, 999 ont nécessité une IP soit 24%. Les prescripteurs ont retenu 788 IP soit un **taux d'acceptation de 79 %**.

Cette étude montre que chaque 1 euro investi dans le salaire d'un pharmacien, pour la réalisation des IP, permet une économie de 1,48 euros à 4,29 euros avec un ratio coûts évités / couts induits allant de 0,21 à 4,29. D'autres études ont montrés des ratio de bénéfices réalisés supérieurs. Notons à ce sujet l'étude de Claus BOM, Vandeputte FMR, RobaysH. (Epidemiology and cost, analysis of pharmacist interventions at Ghent University Hospital) qui a présenté le ratio le plus élevé coûts évités / couts induits qui a été de 82,8 en coûts directs non médicamenteux évités. Quant à Nerich et al (2013), Van Den Bemt et al (2002), ont obtenu respectivement des ratios de 33,3 et 34,6 en termes de coûts directs médicamenteux évités et coûts directs non médicamenteux évités (prolongation d'hospitalisation, réadmissions, suivis biologiques, prises en charges médicales non prévues). Pour rappel, des études similaires sur l'impact économique des interventions pharmaceutiques (IP) au cours de l'analyse de la prescription, ont été réalisées dans des services où les thérapies sont onéreuses comme les services d'oncologie, infectieux, ou de chirurgie. Les bénéfices générés grâce aux pharmaciens ont été plus élevés.