République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou

Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

Département des Sciences Economiques

Thèse pour l'obtention du Doctorat En Sciences

Filière : Sciences Economiques
Option : Monnaie-Finance-Banque

Thème :

La contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux

Sous la direction du Docteur :

ALI-ZIANE Mohand Ouamer

Présentée par :

BENMANSOUR Sonia

Jury composé de :

Mme KAID TLILANE Nouara	Professeure	Université de Béjaïa	Présidente
M. ALI-ZIANE Mohand Ouamer	Maître de conférences A	Université de Bouira	Rapporteur
Mme BOURAS Zohra	Professeure	ENA d'Alger	Examinatrice
M. SALMI Madjid	Maître de conférences A	Université de Tizi-Ouzou	Examinateur
M. CHENANE Arezki	Maître de conférences A	Université de Tizi-Ouzou	Examinateur
M. OUALIKEN Selim	Maître de conférences A	Université de Tizi-Ouzou	Examinateur

2017/2018

DÉDICACES

- A ma très chère mère que dieu la garde en bonne santé
- A mon défunt père
- A mon mari Ahmed
- A mes enfants adorés Nabil et Samar
- A toute la famille Benmansour, Kolli et Harchaoui

REMERCIEMENTS

- Le premier remerciement que j'adresse est destiné à mon directeur de thèse Docteur **ALI- ZIANE Mohand Ouamer** pour ses conseils et ses orientation qui ont contribué à la rédaction de ce travail de recherche. Qu'il trouve ici toute ma reconnaissance pour sa disponibilité.
- Je remercie les membres de jury, à savoir le Pr **KAID-TLILANE Nouara**, Pr **BOURAS Zohra**, Dr **SALMI Madjid**, Dr **CHENANE Arezki** et Dr **OUALIKEN Selim** qui m'ont fait l'honneur d'évaluer objectivement ce travail de recherche.
- Je remercie le Professeur **LAMRI Larbi** qui m'a accordé son temps précieux.
- Je remercie infiniment le personnel de la direction générale de la **CNAS** et de la **CASNOS** et le personnel du **MSPRH**.
- Ma reconnaissance s'adresse à tout le personnel du CHU Nedir Mohamed et plus particulièrement à :
    - Mr le directeur général, **Mr MOUZAOUI** pour m'avoir autorisée à accéder aux données récentes.
    - **Mme CHAMEK** responsable informatique et **Mme MADIOU Sarah.**
    - **Mme BENTAHAR** responsable du service des finances.
- Un grand merci à Docteur **MANSOURI** et Professeur **ZIRI** (ex directeurs) qui m'ont autorisée à continuer mes études.
- Je n'oublie pas de remercier mon amie Cheurfa Taoues de Bejaïa et son mari Smail.
- Enfin, une pensée chaleureuse pour ces personnes du quotidien, ma famille, ma belle-famille et mes amies AMOKRANE Farida et AYACHE Malika.
- Un grand merci à ma « volonté » et à ma « persévérance » et à tous ceux qui m'ont aidée pour finaliser ma thèse.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES SHÉMAS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE…….. 1

CHAPITRE I : L'IMPORTANCE DE LA CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN……..... 9

Introduction…….. 10

Section 1: Les fondements théoriques et conceptuels de la contractualisation…… 10

Section 2 : Organisation du système de soins algérien…… 34

Section 3 : Le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle…… 54

Conclusion…… 73

CHAPITRE II : LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE PUBLIC ALGERIEN……. 74

Introduction……... 75

Section 1 : Un système de financement administré : l'Etat providence…… 75

Section 2 : Le financement des hôpitaux public en Algérie……. 90

Section 3 : La comptabilité de gestion à l'hôpital : Le nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) en Algérie…….. 111

Conclusion……. 132

CHAPITRE III : SÉCURITÉ SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE PUBLIQUE DES SOINS…… 133

Introduction……... 134

Section 1: Le développement du système algérien de sécurité sociale……. 134

Section 2 : La structure des dépenses de santé de la sécurité sociale……... 150

Section 3 : Le processus contractuel CNAS-Hôpital…… 176

Conclusion……. 190

CHAPITRE IV : LES CONDITIONS DE MISE EN PLACE DE LA CONTRACTUALISATION DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER : CAS DU CHU DE TIZI-OUZOU……..……. 191

Introduction……... 192

Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou…….. 192

Section 2 : Importance du bureau des admissions dans le processus contractuel……. 206

Section 3 : Expérience de mise en œuvre du système de triple comptabilité au CHU Nedir Mohamed……... 220

Conclusion…….. 235

CONCLUSION GENERALE…….. 237

BIBLIOGRAPHIE…… 241

ANNEXES…….. 257

TABLE DES MATIERES…… 268

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les diverses modalités de privatisation……... 14
Tableau 2 : Autorisations de programmes du ministère de la santé (en milliards de dinars)……. 36
Tableau 3 : Evolution de la dépense nationale de santé en % du PIB……... 37
Tableau 4 : Organisation des infrastructures hospitalières…… 38
Tableau 5 : Evolution du nombre de médecin par secteur juridique en Algérie…… 42
Tableau 6 : Effectif global des structures publiques de la santé en 2015…….. 43
Tableau 7 : Effectif médical dans le secteur privé (1992-2015)…… 47
Tableau 8 : Le nombre des infrastructures privées en 2015…….. 48
Tableau 9 : Etat des infrastructures de la santé en cours de réalisation au 31/12/2015 52
Tableau 10 : Etat des équipements médicaux hospitaliers en 2015……... 53
Tableau 11 : Accroissement de la population (2008-2015)……... 56
Tableau 12 : Nombre de cas de Tuberculose en Algérie……... 62
Tableau 13 : Incidence de la tuberculose en Algérie (2002-2015)…… 63
Tableau 14 : Classification des cas de paludisme (2000-2017)……. 67
Tableau 15 : Classification des cas de paludisme par espèces parasitaires (2000-2017)…… 68
Tableau 16 : Les cancers les plus fréquents en Algérie et leur coût sur 03 mois (en DA)…….. 71
Tableau 17 : Avantages et inconvénients des principales méthodes de financement des soins de santé……. 86
Tableau 18 : Evolution des dépenses nationales de santé…….. 92
Tableau 19 : Dépenses budgétaires par titre des structures publiques de soins (en millions de DA)……... 93
Tableau 20 : La matrice financière…… 98
Tableau 21 : Les modalités de financement de la T2A…….. 102
Tableau 22 : Les caractéristiques comparées de la comptabilité générale et de la comptabilité analytique…….. 114
Tableau 23 : Sections principales et sections auxiliaires en milieu hospitalier……. 118
Tableau 24 : Ventilation des taux de cotisation au 01/01/2016……. 141
Tableau 25 : Evolution du nombre d'Assurés Sociaux (CNAS) (2001-2015)……... 142
Tableau 26 : Equilibre financier de la CNAS (2001-2015) (en millions de DA)…….. 143
Tableau 27 : Répartition de la population active (2000-2015) (en millier)……... 145
Tableau 28 : Evolution des Assurés Sociaux (CASNOS) (2001-2015)…… 147
Tableau 29 : Equilibre financier de la CASNOS (2001-2015) (en million de DA)….. 148
Tableau 30 : Evolution du Salaire National Minimum Garanti (en DA)…….. 149

Tableau 31 : Evolution du forfait hôpitaux en Algérie (1974-2017) (en Mds de Dinars courant)…… 152
Tableau 32 : Evolution de la taille du marché du médicament algérien (en millions USD)…… 157

Tableau 33 : Evolution de la consommation nationale de médicaments (en milliards de dollars)…… 157
Tableau 34 : Les dépenses de remboursement des médicaments dans les dépenses de la sécurité sociale……. 158
Tableau 35 : Evolution des dépenses de remboursement des médicaments par la CNAS (1988-2013) (en milliard de DA)……... 160
Tableau 36 : Structure de l'offre de médicaments (en millions de $ US)…….. 163
Tableau 37 : Expériences-références en matière de politiques pharmaceutique…… 167
Tableau 38 : Comparaison entre un médicament princeps et un générique (copie)….. 169
Tableau 39 : Evolution du marché algérien des médicaments princeps et génériques (en millions d'Euro)……. 171
Tableau 40 : La valeur monétaire des lettres clefs selon la nature de l'acte en 2017 188
Tableau 41: Présentation générale des applications informatiques existantes au CHU en 2017……... 196
Tableau 42 : Les services d'hospitalisation de l'Unité NEDIR Mohamed (Nombre de lits en 2017)……. 199
Tableau 43 : Les Blocs Opératoires de l'unité Nedir en 2017……... 200
Tableau 44 : Explorations Radiologiques de l'unité Nedir en 2017…….. 200
Tableau 45 : Les services d'hospitalisation de l'unité Belloua (nombre de lits en 2017)…… 201
Tableau 46 : Les Blocs Opératoires de l'unité Belloua en 2017…… 202
Tableau 47 : Dépenses budgétaires par titre au CHU Nedir Mohamed en 2016 et en 2017 (en DA)…….. 204
Tableau 48 : Les modalités de financement du CHU Nedir Mohamed (2009-2017) (en DA)……... 205
Tableau 49 : Bilan d'activité de l'unité Hospitalisation A Domicile (HAD) au CHU Nedir Mohamed……... 211
Tableau 50 : Activités des services d'hospitalisation au 1er semestre 2017…….. 212
Tableau 51 : Le Prix Moyen de la Journée d'Hospitalisation (PMJH) par groupe de spécialités homogènes en 2017 (en DA)…….. 218
Tableau 52 : Les immobilisations recensées au CHU au 31/12/2017…… 228
Tableau 53 : La consommation interne des services du 01/10/2017 au 31/10/2017…. 230
Tableau 54 : L'activité du CHU du 01/10/2017 au 31/10/2017……. 232

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1 : Relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les partenaires de la santé…… 24
Schéma 2 : L'articulation entre les niveaux de politiques contractuelles…….. 29
Schéma 3 : Organisation du secteur sanitaire public en 2015…… 39
Schéma 4 : Les étapes permettant d'atteindre la couverture universelle…… 83
Schéma 5 : La T2A intégrée dans le financement des établissements de santé……. 101
Schéma 6 : Equilibre général du marché…… 104
Schéma 7 : Equilibre du « marché » des soins……... 105
Schéma 8 : La classification en Groupe Homogène de Malade (GHM)…… 108
Schéma 9 : Ventilation des charges incorporées dans la méthode des sections homogènes…….. 117
Schéma 10 : La répartition en escalier des charges indirectes……... 119
Schéma 11 : La répartition croisée des charges indirectes……. 119
Schéma 12 : Des ressources aux activités et aux produits dans la méthode ABC……. 121
Schéma 13 : La relation entre les trois comptabilités……. 126
Schéma 14 : Les étapes de la situation de départ dans le système 3 COH……. 128
Schéma 15 : Le processus d'une transaction…….. 129
Schéma 16 : Représentation d'un hôpital……... 178
Schéma 17 : La contractualisation externe dans les hôpitaux…… 180
Schéma 18 : La relation contractuelle dans le système de santé public en Algérie…... 182
Schéma 19 : Le processus de facturation CNAS-Hôpital…….. 185
Schéma 20 : Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou……. 193
Schéma 21 : Organisation du bureau des admissions…… 207
Schéma 22 : Le circuit de l'information sanitaire…….. 214
Schéma 23 : Exploitation du logiciel 3COH en réseau…….. 222
Schéma 24 : Les différentes étapes de la vie d'une transaction……. 224

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des établissements publics de soins par types de structure en 2015……..... 39
Figure 2 : Répartition des lits par type d'établissement en 2015……... 40
Figure 3 : Les plans d'investissements publics 2001-2019 (en milliards de dinars)….. 51
Figure 4 : Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)… 58
Figure 5 : Espérance de vie à la naissance (en années)…….. 59
Figure 6 : La prévalence des maladies chronique en % de la population totale en Algérie…….. 69
Figure 7 : Evolution estimée du nombre de cas de Cancer (2000-2013)……... 70
Figure 8 : Projection globale de l'incidence du cancer en Algérie (2015-2025)……... 72
Figure 9 : Evolution du taux de chômage en Algérie (2000-2015) (en %)…… 144
Figure 10 : Évolution des dépenses totales de la sécurité sociale (Mds DA)……. 150
Figure 11 : Evolution de la contribution directe de la CNAS au budget du secteur public de soins (1974-2017) (en milliard de DA)……. 153
Figure 12 : Evolution des dépenses des transferts de malades pour soins à l'étranger (1980-2013) (en milliards de DA)…….. 155
Figure 13 : Evolution des dépenses de remboursement des médicaments par la CNAS et CASNOS (2001-2007) (en milliards de DA)…… 159
Figure 14 : Evolution du nombre de DCI et de marques remboursé par la CNAS…… 161
Figure 15 : Importations de médicament de 2002 à 2012 (en millions de dollars)…… 164
Figure 16 : Le marché pharmaceutique mondial par zone géographique en 2016 (en prix producteur)…….. 166
Figure 17: Part des génériques dans le marché pharmaceutique total en 2013 (en %).. 170

LISTE DES ABREVIATIONS

ABC = Activity Based Costing

ABM = Activity Based management

AMM = Autorisations de Mise sur le Marché

AMO = Assurance Obligatoire

ARH = Agence régionale de l'hospitalisation

BCG = Bacille de Calmette et Guérin

CASNOS = Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CMA = Complication et Morbidité Associée

CMD = Catégorie Majeure de Diagnostic

CNAC = Caisse Nationale d'Assurance Chômage

CNAS = Caisse Nationale des Assurances Sociales

CNOM = Conseil National Français de l'Ordre des Médecins

CNR = Caisse Nationale des Retraites

CNRSS = Caisse Nationale de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale

3 COH = Triple Comptabilité Hospitalière

COM = Contrat d'Objectifs de Moyens

CPMC = Centre de Pierre et Marie Curie

CREAD = Centre de Recherche en Economie Appliquée pour le Développement

CTS = Centre de Transfusion Sanguin

D.A.S = Services de l'Action Sociale

DAC = Dotation Annuelle Complémentaire

DAIP = Dispositifs d'Insertion Professionnelle

DAMPM = Direction des Activités Médicale et Para-Médicale

DCI = Dénomination Commune Internationale

DDASS = Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS = Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DNS = Dépense Nationale de Santé

DP = Diagnostic Principal

DPI = Droit de Propriété Intellectuelle

DRASS = Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRG = Diagnostic Related Groups

DSP = Direction de la Santé Publique

DTS = Droits de Tirage Spéciaux

EFPM = Ecole de Formation Para-Médicale

EH = Etablissement Hospitalier

EHS = Etablissement Hospitalier Spécialisé

EHU = Etablissement Hospitalier Universitaire

EPH = Etablissement Public Hospitalier

EPSP = Etablissements Publics de Santé de Proximité

EURL = Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité limitée

GHM = Groupe Homogène de Malade

GHS = Groupe Homogène de Séjour

HAD = Hospitalisation A Domicile

HAS = Haute Autorité de la Santé

HTA = Hyper Tension Artérielle

INSP = Institut National de Santé Publique

MCO = Médecine, Chirurgie ou Obstétrique

MIGAC = Missions D'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MNT = Maladies Non Transmissibles

MSPRH = Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

MTSS = Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale

NGAP = Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OCDE = Organisation de la Coopération et du Développement Economiques

OD = Opérations Diverses

OIT = Organisation Internationale du Travail

OMD = Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM = Objectifs Nationaux de Dépenses d'Assurance Maladie

ONS = Office National des Statistiques

ORL = Oto-Rhino-Laryngologie

OTC = Over-The-Counter

PCSC = Programme Complémentaire de Soutien à la Croissance

PIB = Produit Intérieur Brut

PME = Petite et Moyenne Entreprise

PMJH = Prix Moyen de la Journée d'Hospitalisation

PMSI= Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PNLP= Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNT= Programme Nationale contre la Tuberculose

PPP= Paiements Prospectifs à la Pathologie

PRSP= Plan Régional de Santé Publique

R&D= Recherche et Développement

RMI = Revenu Minimum d'Insertion

RSS = Résumé de Sortie Standard

RTV= Rétroviraux

SAMU = *S*ervice d'Aide Médicale Urgente

SARL= Société A Responsabilité Limité

SIDA = Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIM = Service d'Information Médico-hospitalière

SNMG = Salaire National Minimum Garanti

T.I.C = Technologies de l'Information et de la Communication

T2A = Tarification à l'Activité

TAP= Taxe sur l'Activité Professionnelle

TEP= Tuberculose Extra Pulmonaire

TMI= Taux de Mortalité Infantile

TP= Tuberculose Pulmonaire

TR = Tarif de Référence

TVA = Taxe sur la Valeur Ajoutée

UMC= Urgences Médico-Chirurgicales

UNGASS= UN General Assembly Special Sessions

UNOP = Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie

VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION GENERALE

Depuis quelques décennies, le succès des idées libérales revient en force pour faire basculer le monde vers la généralisation de la logique marchande où prime la loi de l'offre et de la demande en plaçant ainsi le profit comme le seul et unique indicateur de la performance économique. De ce fait, la recherche de rentabilité, l'amélioration de l'efficacité et la baisse des coûts deviennent les mots d'ordre qui unissent volontairement les préoccupations de tous les dirigeants des secteurs économiques[1].

En effet, face à la raréfaction des ressources et le renforcement de la concurrence, le secteur de la santé n'a pu lui aussi échapper à ces impératifs ; pourtant la nature de l'activité médicale, la complexité des processus de production des soins et la socialisation de la demande l'ont depuis longtemps épargné d'une quelconque introduction de critères de rationalité[2].

Les arguments d'indivisibilité[3], d'asymétrie d'information, d'interdépendance physique et le caractère intangible des services de soins deviennent insuffisants pour maintenir les anciens modes de financement de la santé. Ceci s'explique principalement par la hausse vertigineuse des dépenses qui prend des proportions ascendantes et par les crises successives de finances publiques qui s'annoncent très sévères pour les budgets de l'Etat. Ceci fait que tous les systèmes de santé sont en permanence contraints à élaborer et à mettre en place des réformes.

Dans ce contexte, étant donné que l'Etat exclue dans l'immédiat une quelconque possibilité de libéralisation totale du système de santé, la mise en œuvre d'une politique basée sur des relations contractuelles est donc indispensable pour aller de l'avant.

Seulement, si les avantages d'un recours à la contractualisation sont nombreux, il faut aussi souligner les difficultés, et les enjeux politiques car il ne faut jamais sous-estimer qu'un recours à la contractualisation demande des compétences qui ne sont pas toujours présentes dans le monde hospitalier public actuel et entraîne des coûts à la fois pour la formalisation et l'élaboration d'une relation contractuelle.

---

[1]CORRADIN Camilla, « Les hydrocarbures dans l'économie algérienne, d'une économie planifiée à une économie de marché », RITIMO (réseau d'information et de documentation pour le développement durable et de la solidarité internationale), N° 34, 2008.

[2] Au titre de l'adage selon lequel la santé n'a pas de prix mais elle a un coût.

[3] Depuis le XVIII siècle, la science économique à travers ADAM-SMITH évoquait la nature de certains biens qui dissuaderait l'initiative privée. C'est pour préciser cette nature qu'a été forgé la notion d'indivisibilité.

-Les indivisibilités d'usage : il est impossible d'exclure un usager ou un bénéficiaire potentiel de la production. L'exemple le plus pertinent nous renvoie à celui de l'utilisation des routes, certains services de santé ou de sécurité.

-L'indivisibilité de l'offre : le fait que certains biens et services ne peuvent être offerts qu'en bloc et par conséquent il n'est pas possible de calibrer avec précision la capacité de production en fonction de la demande effective.

Pour cela, les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont adopté en janvier 2002 une résolution intitulée "Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé". Cette résolution attire l'attention des États Membres sur l'opportunité de recourir à la contractualisation tout en les invitant à mettre en place des politiques contractuelles qui évitent les effets négatifs d'arrangements contractuels spécifiques et non coordonnés.

Cependant, la sensibilisation et le plaidoyer constituent des préalables à l'action qu'il ne faut surtout pas négliger. En conséquence, tout acteur qui souhaite s'orienter vers une relation contractuelle doit s'assurer que cette démarche est comprise et acceptée au plus haut niveau des instances politiques du pays. Si tel n'est pas le cas, il doit avancer avec beaucoup de précautions et, dans certains cas même, éviter toute action dans ce sens.

En se référant au contexte algérien, la charte nationale de 1976 stipule que « l'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population. Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit »[4]. Il est donc important de tendre vers la couverture maladie universelle car « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »[5].

Pays à revenu intermédiaire, actuellement non emprunteur, l'Algérie a accompli de remarquables progrès économiques et sociaux au cours des trois dernières décennies, comme en témoigne l'amélioration constante de son indice de développement humain (IDH). Entre 1990 et 2017, l'IDH est passée de 0,577 à 0,754, soit une augmentation de 30,6%. L'indice a maintenu une courbe ascendante progressant de 0,644 en 2000 à 0,749 en 2015 puis à 0,754 en 2017, l'Algérie figure aujourd'hui parmi les dix premiers pays enregistrant les progrès les plus rapides sur le plan du développement humain, y compris en termes d'IDH non monétaire[6].

Par ailleurs, la question de la régulation de l'offre de soins, posée dans la nouvelle conjoncture socio-économique en Algérie a mis l'accent sur l'importance du domaine hospitalier qui, de nos jours, semble être le plus privilégié. Les moyens technologiques mis en œuvre, la sophistication des interventions et les ressources humaines spécialisées nécessaires à son fonctionnement font aujourd'hui de l'hôpital l'une des entreprises modernes les plus

[4] Charte nationale de 1976.
[5] Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.
[6] Algérie, « Objectifs du Millénaire pour le Développement », Rapport National 2000-2015.

complexes à gérer[7]. Son bon fonctionnement repose avant tout sur sa capacité d'utiliser un ensemble approprié de moyens curatifs pour pouvoir traiter efficacement les patients, dans des conditions satisfaisantes et des délais raisonnables quelle que soit leur position sur le territoire national, et ce à partir des soins de première ligne jusqu'aux services ultra spécialisés. Mais l'émergence de nouvelles maladies, la modification du schéma pathologique caractérisé par un recul des maladies transmissibles, la pression des attentes de la population et la rareté plus manifeste des ressources financières, ont rendu toute tentative d'équilibre de l'offre et de la demande très difficile, surtout que le volume et la lourdeur des cas augmentent sensiblement et continuellement. La santé est le seul secteur à subir, à la fois, les effets de l'inflation et à ne pas bénéficier des avantages de l'économie de marché.

Epargné d'une quelconque recherche de rentabilité depuis plus de trois décennies, l'hôpital algérien doit obligatoirement aujourd'hui se familiariser avec les nouveaux changements. Nous constatons une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale en première position, et en faveur des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé (out of Pocket), à ce stade un problème d'équité est soulevé en Algérie en matière d'accès aux soins.

Avec le temps la nécessité de mieux contrôler l'évolution des coûts, d'améliorer l'accès, d'être plus équitable dans les allocations et surtout d'accroître la valeur des allocations budgétaires, ont encouragé les gestionnaires des systèmes de santé à améliorer la connaissance des activités des hôpitaux dans le but de les comparer et de les influencer. Il est important de repositionner la dépense de santé sur sa finalité première : la prise en charge de la santé de nos concitoyens et la recherche de la qualité et de l'efficience du système de soins. L'analyse repose en premier lieu sur une meilleure connaissance par grand type de pathologie et de besoin de soins : combien de personnes sont prises en charge pour cardiopathie, cancer, diabète…etc. Quel est le coût correspondant ?

La nouvelle loi de financement de la Sécurité sociale fait de la réforme de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé un levier essentiel de la modernisation de l'offre hospitalière. Celle-ci institue une forme de contrôle de gestion au moyen d'une refonte progressive du système de financement des établissements de soins. La classification économique des groupes homogènes de malades et les coûts correspondants serviront de base à réformer les systèmes d'assurances sociales en Algérie. Dans ce cadre, il est mis en lumière

[7] HONORÉ B., SAMSON G., « La démarche de projet dans les établissements de santé », Privat, France, 1994, p.18.

les limites des anciens systèmes de tarification et surtout le rôle de la T2A dans le changement des modes de financement hospitaliers.

Aujourd'hui, l'Algérie fait face à une forte hausse des besoins en matière de santé qui nécessitent des efforts soutenus pour maîtriser les dépenses et les réformes permettant de générer des marges de manœuvre budgétaires. Les coûts de santé augmentent plus rapidement que le Produit Intérieur Brut (PIB) du pays et la viabilité du financement de la santé est menacée. D'où la question principale suivante :

La contractualisation, comme axe stratégique de réforme, est-elle adaptée au contexte socioéconomique et organisationnel du système de santé algérien ? Quels en sont ses enjeux mais aussi ses limites ?

Cette question principale va nous permettre d'analyser les enjeux de la mise en œuvre de la contractualisation dans les hôpitaux publics en Algérie et les perspectives de son développement en tentant de montrer le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des hôpitaux et comment peut-elle aider à une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Une étude sera consacrée à l'application de la contractualisation et notamment le système 3 COH dans un établissement public hospitalier, il s'agit d'un véritable défi que l'hôpital d'aujourd'hui doit relever pour la recherche de la performance avec la contribution de ses différents acteurs et par la mise en place de système d'information en relation avec les changements organisationnels.

De cette question centrale découle des interrogations secondaires qui permettent d'affiner davantage notre problématique, à savoir :

1 **- La contractualisation, peut-elle constituer une alternative à la problématique du financement des soins en Algérie ?**

2 **- Quelle est la place et le rôle de l'hôpital public dans le système de distribution des soins ?**

3 **- Pourquoi la contractualisation peine à se réaliser même si elle fût sur l'agenda du gouvernement depuis 1993 ? Quel est le cadre normatif de la contractualisation ?**

Pour tenter de répondre aux questions posées, nous avons construit des hypothèses correspondantes et qui constitueront les lignes directrices de cette thèse.

Hypothèse 1 : La contractualisation est présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources disponibles.

Hypothèse 2 : L'absence de l'implication de l'Etat algérien et la faible concertation entre les acteurs peuvent freiner la mise en œuvre de la contractualisation.

Hypothèse 3 : Le système 3 COH va entrainer des modifications sensibles dans le comportement des acteurs et donc la mise en application éminente de la contractualisation.

Méthodologie de recherche :

Compte tenu d'un sujet très peu exploré joint à l'absence d'un système d'information sanitaire qui puisse fournir des données pertinentes permettant d'analyser finement notre objet de recherche, nous avons adopté une méthodologie basée sur les éléments suivants :

Pour le cadre théorique, nous avons opté pour la consultation d'ouvrages de référence qui traitent directement du sujet et des ouvrages généraux qui développent les principales théories et concepts en rapport avec cette thématique, thèses de doctorat, mémoires de Magister, des publications dans des revues spécialisées et des rapports. Pour cela, plusieurs bibliothèques universitaires ont été visitées, à savoir celles de Tizi-Ouzou, d'Alger, de Béjaïa et de Sétif.

Etant donné que la contractualisation est à sa phase expérimentale dans les établissements publics de santé à l'échelle nationale, nous avons alors choisi comme cas d'étude le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou. Le choix de cet établissement est justifié d'abord, par mon expérience de 20 années comme infirmière de santé publique puis comme sous-directrice du bureau des admissions en plus d'être membre de la commission de contrôle et d'évaluation de la contractualisation, ce qui nous facilite, en quelque sorte, la présentation du CHU et notamment le bureau des admissions et le centre de calcul ainsi que la collecte de données. Ce choix est ensuite justifié par la mise en application de la contractualisation dans cet établissement depuis 2003, ce qui justifie l'existence d'une base de données. C'est sur cette base que la méthodologie de l'audit organisationnel a été choisie.

Pour ce faire, nous avons opté pour une étude allant de 2003 à 2018. Toutefois, il est important de noter que le choix de cette période pour la collecte de données s'explique par le fait que la mise en application de la contractualisation au CHU Nedir Mohamed a débuté depuis 2003. Cependant, tout au long de ce présent travail, nous présentons des informations qui ne concernent pas toujours toute la période d'étude c'est-à-dire de 2003 à 2018. Ceci s'explique par d'une part, l'absence d'informations en raison de son indisponibilité (les informations sont archivées de façon anarchique et dans des lieux insalubres) et d'autre part,

la difficulté d'avoir l'information en raison de la confidentialité souvent évoquée par les différents services malgré l'avis favorable que nous avons obtenu du Directeur Général du CHU.

Quant au diagnostic de l'état des lieux, nécessaire à l'appréhension de la réalité de la contractualisation, plusieurs organismes ont été sollicités à savoir :

* Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).
* Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MTSS).
* Le Ministère de la Solidarité Nationale (MSN).
* La Direction Générale de la Sécurité Sociale (DGSS).
* L'Ecole Nationale de Management et de l'administration de la santé (ENMAS).
* L'Ecole supérieure de la sécurité sociale.
* La direction de la sécurité sociale de la wilaya de Tizi-Ouzou.
* L'office national des statistiques (ONS).

L'objectif de ce travail de recherche n'est pas de faire une étude comparative mais la génération de nouvelles connaissances permettant une meilleure compréhension du phénomène de la contractualisation et des moyens de l'appréhender. Notre souhait est que la présente étude puisse d'abord expliquer pourquoi après vingt-six (26) ans (de 1992 à 2018) la contractualisation est toujours dans sa phase expérimentale malgré tous les moyens mis en place puis montrer l'importance du système de la tarification à l'activité (T2A) et le système de triple comptabilité hospitalière (3 COH) dans sa mise en application éminente dans le système de santé algérien.

Difficultés rencontrées :

Les principales difficultés rencontrées résident dans l'indisponibilité de l'information, et ce, malgré **mon expérience de 20 ans et mon poste de sous-directrice du bureau des admissions au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou**. En Algérie toute information nécessaire à la recherche est considérée comme **secret professionnel et une atteinte à la liberté**. Aussi, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière publie un annuaire statistique annuel sur les ressources du système de soins et leur utilisation avec **un retard de deux années** (année 2013 édition 2015).

Plan de la thèse :

La thèse est organisée en quatre chapitres :

Dans le premier chapitre, nous allons d'abord, mettre en exergue les fondements théoriques et conceptuels de la contractualisation puis nous allons identifier les principales étapes et les mesures de sa mise en œuvre. Ensuite, nous tenterons de faire une description du

système de santé algérien en s'intéressant à la double transition démographique et épidémiologique et à l'apparition de nouveaux acteurs car malgré l'implication de l'Etat pour bâtir un système de santé moderne, il semble aujourd'hui faire l'unanimité contre lui aussi bien de la part des usagers que de la part des professionnels de soins. Pour cela nous allons montrer que le recours à la contractualisation ouvre une série d'opportunités pour améliorer la prestation hospitalière.

Dans le deuxième chapitre, nous allons montrer qu'aujourd'hui, la culture de la santé publique issue d'une vision humaniste de protection médicale centrée sur l'individu, entre dans l'ère de l'obligation de moyens, de la maitrise des coûts, de l'indemnisation des risques et de la rentabilité en termes de coût/efficacité. Pour cette raison, l'information détaillée relative au financement du système de santé public hospitalier est indispensable. Il est surtout recherché de mettre le point sur le nouveau système de tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) et sur le nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) en Algérie car ils constituent une révolution dans la gestion des hôpitaux publics, ce qui va permettre enfin la mise en application de la contractualisation.

Dans le troisième chapitre, nous allons montrer que la sauvegarde du système de sécurité sociale et sa pérennisation sont aujourd'hui un défi à relever. Des lors, l'objectif que nous assignons à ce chapitre consiste à présenter le système de la sécurité sociale en Algérie. Nous passerons en revue la structure des dépenses de la sécurité sociale et nous exposerons les mesures prises par elle dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses. La contractualisation est ici conçue comme un instrument de régulation pour freiner les dépenses vis-à-vis du secteur public. Pour cela, nous tenterons de décrire l'expérience de la contractualisation en Algérie et surtout de présenter pourquoi et comment la contractualisation a été considérée comme une réponse possible aux obstacles vécus par le système de santé public et de protection sociale.

Le quatrième chapitre portera sur les conditions de mise en place de la contractualisation dans un établissement public hospitalier. La réforme hospitalière entreprise a apporté de nombreux changement qui les plongent dans une nouvelle dynamique sanitaire, économique et sociale. En effet, tous les établissements sont dans l'obligation de satisfaire les exigences relatives à l'offre et à la qualité des soins tout en faisant face à des impératifs modernes de gestion. L'immersion physique dans l'environnement du CHU de Tizi-Ouzou, de par mon expérience de vingt (20) ans nous a permis de décrire et comprendre la réalité de son fonctionnement et nous a permis d'avoir une vision réelle de la mise en œuvre concrète du processus contractuel face aux différentes contraintes.

CHAPITRE I

L’IMPORTANCE DE LA CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN

Introduction

La santé est un droit humain pour tous les citoyens. C'est le rôle et la responsabilité des individus, de la société civile et des gouvernements de respecter ce principe.

Le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des ressources humaines matérielles et financières destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le rétablissement de la santé de la population[1].

Aujourd'hui, Le système national de santé semble faire l'unanimité contre lui aussi bien de la part des usagers que de la part des professionnels de soins. Ces critiques sont fondées tant sur des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade et aux dysfonctionnements des unités de soins qu'à leurs résultats objectifs[2].

Le recours à la contractualisation ouvre une série d'opportunités pour améliorer l'activité hospitalière. Toutefois, si les avantages d'un recours à la contractualisation sont nombreux, il faut aussi souligner les difficultés, les réticences et les enjeux politiques qui se cachent derrière. Enfin, il ne faut jamais sous-estimer qu'un recours massif à la contractualisation demande des compétences qui ne sont pas toujours présentes dans le monde hospitalier actuel et entraîne des coûts à la fois pour la formalisation et l'élaboration d'une relation contractuelle et surtout, pour sa mise en œuvre et son suivi.

Dans ce chapitre, un certain nombre de pratiques et de concepts seront défini pour une meilleure identification de la notion de contractualisation. Cette analyse devrait permettre de montrer l'importance de la contractualisation dans l'amélioration de la prestation du système de santé algérien. C'est pour cette raison que nous avons opté pour la méthode descriptive. Il s'agit de faire une description analytique du système de santé algérien dans toutes ses dimensions pour décrire le contexte et les conditions qui motivent les décideurs à intégrer la contractualisation, comme option stratégique principale à la réforme de système de santé.

Section 1: Les fondements théoriques et conceptuels de la contractualisation

L'OMS précise que la performance consiste à mobiliser les ressources disponibles pour améliorer la santé de la population, développer la capacité du système de santé à prendre en

[1] Loi sanitaire 85.05, Art 4.

[2] KAÏD TLILANE Nouara, « Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa », Thèse de doctorat d'Etat en Sciences Economiques, Université d'Alger, Faculté des Sciences Economiques, des Sciences Commerciales et de Gestion, 2003, p.2.

compte les attentes de la population (ex : le respect de la dignité, de la confidentialité, de la sécurité, de l'autonomie, de la qualité du service,...) et réduire les iniquités de financement[3].

La réflexion sur l'organisation du système de santé présente, déjà, la contractualisation comme un axe levier de la réforme hospitalière. Dans cette démarche, la performance d'une organisation ne peut se concevoir qu'en relation avec la performance de chacune de ses composantes et avec celle du réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles elle interagit.

1. Le principe contractuel

L'idée originelle de l'utilisation de la contractualisation dans le secteur de la santé, au moins telle qu'elle est apparue dans les pays développés, reposait sur le principe du marché, c'est-à-dire sur la compétition comme moyen de faire émerger la solution optimale pour les acteurs entrés en relations. Cette vision des choses correspond particulièrement au premier sens du mot partenariat. Cette compétition s'exprime au travers des outils classiques du marché: appel d'offres. Pourtant, dans les pays développés, la relation basée sur la compétition soulève très vite des limites et un changement radical de stratégie basé sur la confiance se développe[4].

Un contrat est défini comme « un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses »[5].

Cinq (05) conditions sont nécessaires pour réussir un contrat[6] :

1. une relative égalité entre les contractants ;
2. une définition précise du produit ou du service à rendre ;
3. un accord sur les prix ;
4. des garanties de part et d'autres que le service sera fourni et qu'il soit payé ;
5. des clauses d'évaluation.

L'émergence de nouveaux acteurs (publics et privés) dans le secteur de la santé, leur degré de spécialisation et la volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé, nécessitent le recours à la contractualisation.

[3] OMS, « Rapport mondial sur la santé : Améliorer la performance», 2000.

[4] OMS, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Genève, 2004, p.50.

[5] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement », WHO/ICO/MESD, 24 Juin 1997.

[6] L'Ecole Supérieure Algérienne des Affaires (ESAA), « Mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration des prestations de santé », Réunion du samedi 21 février 2009.

1.1.Définition de la contractualisation

La contractualisation est une démarche, un processus qui amène les acteurs du monde de la santé à définir les modalités de leurs relations et les résultats qu'ils souhaitent atteindre. Le suivi et l'évaluation permanents de cette relation seront alors les garants de sa réussite[7].

1.1.1. Un arrangement contractuel

Un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation[8]. Ainsi, un acteur donné du système de santé peut potentiellement développer des relations contractuelles avec tous ses interlocuteurs. Ces derniers ne sont cependant pas tous dans la même position par rapport à cet acteur.

Les contrats sont rangés selon un axe vertical ou un axe horizontal[9]:

- **axe vertical** : il s'agit alors d'une contractualisation entre des acteurs qui ne sont pas placés sur le même pied. La théorie économique de l'agence peut être ici invoquée avec intérêt. Lorsque l'acteur concerné se situe en tant que "principal", on peut parler de contractualisation verticale en amont; lorsque l'acteur concerné se situe en tant que "agent", on peut parler de contractualisation en aval;

- **axe horizontal** : il s'agit alors d'une contractualisation entre acteurs situés à un même niveau. La théorie de l'agence n'est plus ici d'aucun secours puisqu'il n'y a plus de relation de dépendance hiérarchique. Il s'agira alors d'un partenariat avec dépendance mutuelle. Dans la théorie économique, on ferait référence à la théorie des jeux coopératifs[10].

La contractualisation concerne potentiellement tous les acteurs qui œuvrent pour une meilleure santé des populations; acteurs du secteur public (Ministère de la Santé et ses entités autonomes (agences décentralisées, hôpitaux), collectivités territoriales (municipalités, régions autonomes), acteurs du secteur privé (institutions de soins, praticiens libéraux, ONG locales, communautés, institutions de financement, entreprises commerciales), mais

[7] KAÏD TLILANE Nouara, « Les concepts de la contractualisation dans le secteur de la santé », Journée de formation continue, CHU de Tizi-Ouzou, Direction Générale, Tizi-Ouzou, le 29 Janvier 2016.

[8] AUBY J.F., «La délégation du service public », Collection « que sais-je ? », Edition PUF, Paris, 1995.

[9] PERROT Jean, DE ROODENBEKE Eric, « Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée», Edition Karthala, Paris, 2005, p.13.

[10] Dans le cadre de la théorie des jeux, et en s'appuyant plus particulièrement sur le dilemme du prisonnier, les économistes ont montré que la réputation des acteurs constituait un élément favorisant la coopération. En ne coopérant pas à la relation contractuelle, un acteur perd sa réputation et sa crédibilité et la confiance que l'autre acteur lui avait accordée, et, par conséquent, il s'exclut pour le futur du jeu contractuel et perd les bénéfices futurs de cette relation contractuelle.

également partenaires au développement. Leur statut, public ou privé, est important mais n'est pas essentiel; ce qui est fondamental c'est leur degré d'autonomie pour conduire une activité[11].

Aussi, la contractualisation concerne toutes les fonctions d'un système de santé (la prestation de services non médicaux (maintenance, entretien, restauration, gardiennage, gestion, formation) ou de santé (que ce soit au travers de formations sanitaires ou non)), mais la contractualisation peut également concerner la production de biens reliés à la santé (par exemples, moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation, etc.), le financement de la santé (au travers des institutions d'assurance), l'appui technique et financier[12].

La démarche contractuelle place le débat de la performance des organisations sur le thème de l'efficacité des relations et non pas sur la nature des organisations. Ce qui est important à retenir est que la contractualisation concerne potentiellement tous les acteurs et toutes les fonctions.

1.1.2. Contractualisation et privatisation

La contractualisation ne peut pas être comprise comme une forme de privatisation. En effet[13] :

- La privatisation suppose un changement de propriété alors que la contractualisation cherche à établir des relations entre des acteurs.

- La privatisation est un arrangement institutionnel alors que la contractualisation est un arrangement relationnel.

Cependant, le concept de privatisation s'est élargi et peut être obtenue selon diverses modalités (cf. Tableau1).

[11]PERROT Jean, DE ROODENBEKE Eric, Op-cit, p.19.
[12] Idem
[13]KAÏD TLILANE Nouara, « Les concepts de la contractualisation dans le secteur de la santé », Op-cit.

Tableau 1: Les diverses modalités de privatisation

Critères d'appréciation / Réformes	Au niveau de		
	La propriété de la structure	**La gestion de la structure**	**La mission ou des objectifs de la structure**
Transférer la propriété	Passage du public au privé	Du fait du transfert de propriété, la gestion devient privée	- Libéralisme - Intervention de l'Etat au moyen de la contractualisation ou de la régulation
Autonomiser les structures publiques	Statu quo (Public)	davantage de fonctionnement selon les règles du marché	Quasi- statu quo (Public)
Confier la gestion d'une structure publique au secteur privé	Statu quo (Public)	Passage du public au privé	Quasi- statu quo (Public)
Amener le secteur privé à faire à la place du secteur public	Statu quo (Privé)	Substitution d'un acteur public par un acteur privé	- Quasi- statu quo (Public) - Action dans de la politique nationale de santé - Une plus grande étatisation

Source : KAÏD TLILANE Nouara, « Les concepts de la contractualisation dans le secteur de la santé », Journée de formation continue, CHU de Tizi-Ouzou, Direction Générale, Tizi-Ouzou, le 29 Janvier 2016.

Certains voient dans la contractualisation une première étape vers la privatisation et un moyen de la privatisation du secteur public. D'autres, voient la contractualisation comme un processus qui permet une coordination entre des acteurs, qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé.

La démarche contractuelle impulse une dynamique managériale favorable à la recherche de la performance et de l'adaptation de la production aux besoins des populations. Sa mise en place dans le secteur public est une réponse face à l'alternative de privatisation qui est souvent avancée pour suppléer à l'inefficience des organisations publiques.

Le choix le plus approprié pour un pays et qu'il doit prendre en considération le contexte culturel, historique et administratif mis en place. Cependant, quelle que soit la nature de la relation, l'Etat, au sens de pouvoir public, retrouve alors un rôle actif dans la santé non pas au sens de fonctions traditionnelles de production ou de financement mais de son devoir d'administration générale, de gouvernance et de pilotage du système de santé. La fonction de régulation, confiée aux pouvoirs publics, jouera un rôle clef pour éviter le risque de dévoiement de l'intérêt général.

1.2. L'analyse de l'hôpital à travers la théorie de l'agence

L'émergence de la théorie de l'agence dans le domaine de la santé date du milieu des années 1980. Cette approche entend pallier les limites du modèle standard qui ne prend pas en compte l'existence de comportements opportunistes chez les agents. Dans cette perspective, le contrat serait le seul moyen de coordonner les actions des agents.

La théorie de l'agence offre un éclairage sur la logique de la contractualisation dans une optique de coordination interindividuelle et pour des activités bien spécifiques dans les systèmes de santé. Elle préconise l'intérêt personnel de chaque partie de la relation et évoque les problèmes qui émergent suite aux comportements opportunistes des contractants, et ce tout en mettant en marge l'intérêt général[14].

La définition de la relation d'agence est développée par Jensen et Meckling, qui l'analysent comme « un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engage une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tache quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision de l'agent »[15]. Il s'agit tout d'abord de déterminer[16] :

- une relation d'interdépendance entre les acteurs
- déterminer parmi les différents intervenants le ou lesquelles d'entre eux, sont en situation de principal (sous informé) ou d'agent (surinformé)
- définir selon les diverses caractéristiques de la transaction, les différentes incitations à l'efficacité qui pourront être envisagées.

La théorie de l'agence constitue, selon ses partisans un mode d'analyse opératoire, pour rendre compte des relations entre l'hôpital et la tutelle[17]. Les pays à système Bévéridgien, en s'inspirant des méthodes du New public management issues de la théorie de l'agence, ont été les premiers à réformer leurs hôpitaux autour d'une double logique : régionalisation et mise en concurrence des producteurs de soins.

[14] FOUDI Brahim, GUETTAF Lila, « La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain », Revue des Sciences Humaines, Université Mohamed Khider, Biskra, N°23, Novembre 2011, p. 34.
[15] TIZIO Stéphane, « L'approche contractuelle : d'une perspective interindividuelle à une perspective systémique », Edition Karthala, Paris, 2005, p.504.
[16] PERROT Jean, DE ROODENBEKE Eric, Op-cit, pp.29-68.
[17] BEJEAN Sophie, « Economie du système de santé, du marché à l'organisation », Edition Economica, Paris, 1994, pp.84-90.

Dans ce genre de relation, le système de santé se caractérise par une distribution et une détention inégales de l'information. Le médecin, le patient, la tutelle administrative et les financeurs jouent des rôles favorisant des comportements opportunistes et stratégiques[18].

1.2.1. L'anti sélection et le risque moral

Pour le principal l'anti sélection parasite sa prise de décision de financement et le risque moral l'empêche de savoir comment l'agent remplit effectivement sa part du contrat[19]. Ces deux effets conduisent à l'inefficacité, parfois même à la défaillance du marché de l'assurance santé.

a) La relation entre le directeur de l'établissement et son autorité de tutelle

Cette relation peut être qualifiée de relation d'agence. Les pouvoirs publics (tutelle) tiennent le rôle de principal et l'administration hospitalière représente l'agent.

Son action est inobservable par les pouvoirs publics. En outre, elle bénéficie de l'ensemble des informations relatives aux coûts, à la production et aux services produits dans l'établissement. En fonction de l'information qui lui est transmise, le principal lui alloue un budget. Dans cette perspective, l'administration cherche à maximiser son budget discrétionnaire. La collectivité escompte que l'administrateur utilisera de façon optimale son budget en soignant tous les malades au moindre coût. En contrepartie, il reçoit une rémunération (directe et indirecte) publique qui n'est déterminée ni par l'effort ni par le résultat.

Le principal maximise son utilité en fonction du budget alloué à l'établissement mais également en fonction d'un niveau de production de soins. Il s'agit d'une relation d'agence avec risque moral[20] (puisque l'effort de l'administrateur n'est pas mesurable) et avec anti sélection (la tutelle ne connaît pas la formation des coûts dans l'hôpital et n'a qu'une connaissance statistique des charges en milieu hospitalier).

Dans le cadre d'une relation bilatérale de ce type, la volonté de l'administrateur sera de maximiser son utilité individuelle.

---

[18] GADREAU M., BEJEAN S., « Le « marché » des soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle : Entre contrat, contrainte et convention ». Journal d'économie médical, T14, n°7-8, 1996, pp. 389-400.

[19] Organisation Mondiale de la santé (OMS), « L'incitation à la performance des prestataires de services de santé » ; Discussion paper numéro 1, 2010, p.49.

[20] Ce phénomène est présent dans les systèmes d'assurances et concerne le cas où le principal ne peut observer le comportement réel de son agent ; lorsque l'information sur le comportement de l'agent n'est pas disponible pour le principal, l'agent pourra s'attribuer une part du produit de la relation. Par exemple, un individu (l'agent) couvert pour des risques particuliers par un assureur (le principal) ne sera pas incité à se prémunir de ce risque dans la mesure où il est assuré.

L'arbitrage du directeur varie entre la maximisation du budget alloué et la minimisation de l'effort. En revanche, la tutelle a comme objectif de mettre en place un système incitatif visant à maximiser la production de soins et à minimiser le budget alloué.

b) La relation entre l'administrateur et les médecins

Une relation identique se développe entre l'administrateur (principal) et les médecins (Agents). Les praticiens hospitaliers sont des producteurs de soins. Certains sont chefs de service et dirigent un centre de responsabilité. Leur revenu est indépendant de la volonté de l'administrateur puisqu'il est seulement assuré par la tutelle.

Le directeur n'a pas à rétribuer l'effort du médecin de façon monétaire. En revanche, l'administrateur a la charge d'allouer aux différents services un budget. Il peut inciter le médecin à diminuer ses dépenses en fonction du budget qu'il décide d'attribuer à son service. L'utilité du praticien résulte de sa rémunération (qui est un élément exogène car décidé par le ministère), de son pouvoir et de son prestige (tous les deux liés à la qualité du service et à la place du plateau technique...). Ces deux derniers éléments dépendent du budget alloué par l'administration[21].

Le médecin (agent) est détenteur de l'information sur les coûts. Le directeur (principal) ne pourra donc se fier qu'aux messages envoyés par le médecin pour déterminer le budget. Dans cette perspective, ce dernier aura tout intérêt à maximiser la taille de son service pour accroître son budget. En outre, la demande de soins hospitaliers étant aléatoire, la capacité d'accueil du service sera excédentaire et l'administrateur en supportera la charge. Les deux acteurs auront donc des objectifs différents, voire antagonistes.

Il existe une relation d'agence avec risque moral si le niveau d'effort du médecin est inobservable. Il y a même un phénomène d'anti sélection[22]si l'administrateur ne peut qu'observer la moyenne des coûts et non les coûts formés dans chaque service. La logique de ce dernier sera de maximiser un budget discrétionnaire tout en minimisant son effort. Il devra donc forcer le médecin à révéler l'information sur ces besoins par l'intermédiaire de contrats incitatifs[23].

---

[21] MOUGEOT Michel, NAEGELEN Florence, « Asymétrie d'information et financement des hôpitaux, une comparaison des modes d'organisations des systèmes de santé », Revue économique_ VOL49, Septembre 1998, pp.1323-1343.

[22] Cette situation est présente entre un patient et un praticien médical. Le premier ne connaît ni son état, ni la thérapeutique adoptée à sa maladie ; en revanche le médecin joue le rôle d'experts, mais peut aussi très bien manipuler l'information dont il dispose afin de multiplier les actes thérapeutiques.

[23] BATIFOULIER Philippe, « L'interaction médecin-patient : un examen par la théorie des jeux », In cahiers de sociologie et de démographie médicale, Décembre 1997.

L'objectif de l'administrateur sera de diminuer les coûts d'hospitalisation dans chaque service. Cette tentative d'économie se fera au détriment de la qualité. La mise en concurrence des services devrait permettre, selon les spécialistes, d'éviter la détérioration de la qualité[24].

Le principe du contrat avec l'obligation de révéler l'information sur les différentes pathologies et les coûts correspondant permet de réduire les risques, pour cela, il faut mettre en place un système d'information médicalisé.

La théorie s'intéresse aux marchés de l'assurance-maladie qui se construisent dans certains pays en transition vers l'économie de marché notamment en Algérie. Dans cette configuration, tout contrat liant deux parties est marqué par l'incomplétude. Cette dernière résulte du fait que dans le domaine de l'assurance maladie, seul les mauvais risques ont tendance à s'assurer, ce qui conduit progressivement à la disparition de ce marché. Pour se prémunir, les assureurs privés développent des stratégies d'écrémage du risque (par exemple, sélection des meilleurs risques par des questionnaires médicaux), ce qui entraine alors fatalement l'exclusion des mauvais risques et donc des inégalités d'accès aux soins[25].

Le but de la théorie de l'agence consiste donc à chercher la forme du contrat la plus efficiente de façon à limiter au maximum les divergences à travers la mise en place de systèmes d'incitations et de surveillance. Ce qui engendre automatiquement des coûts.

1.2.2. Les coûts d'agence

Les coûts d'agence sont les dépenses monétaires ou non monétaires supportés par les deux parties. Ces coûts sont de deux ordres[26] :

- ✓ **Les coûts de surveillance et d'incitation :** elles sont engagés par le principal, elles conduisent théoriquement l'agent à révéler son comportement ou la qualité du produit échangé.

Pour déterminer le budget d'une structure sanitaire, le principal peut mettre en place un système de prime pour inviter l'agent à coopérer en donnant un maximum d'information sur l'ensemble des facteurs de production de la structure. Bien évidemment, le versement de cette prime constitue un coup pour la collectivité, mais elle permet de s'assurer de la diligence du producteur.

- ✓ **Les coûts ou dépenses d'obligation :** sont les dépenses engagées par l'Agent qui lui permettent de dédommager le principal en cas de non engagement. Cette situation peut donner

[24] MOUGEOT Michel, « Régulation du système de santé », Rapport, Conseil d'Analyse Economique, La documentation Française, Paris, 1999, p.23.
[25] BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier, « Traité d'économie et de gestion de la santé », Presses de sciences Po- Editions de santé, Paris, 2009, p.28.
[26] BERESNIAK A., DURU G., « les dépenses de santé », Economie de la santé, Edition Masson, N°5, Paris, 2001.

lieu au versement par l'agent d'une caution par exemple qui couvre les éventuels dégâts qui pourraient être commis.

Les transactions sont en effet compliquées et coûteuses car elles sont déterminées par des axiomes comportementaux entre les co-contractant.

Le problème de la coordination est analysé par la théorie de l'agence de point de vue d'allocation des ressources, elle cherche la manière la plus optimale avec laquelle on organise les inputs afin d'avoir une certaine quantité d'output. Cette vision correspond à une vision marchande des échanges régulés par un mécanisme des prix et instrumentalisé par une conception contractuelle des accords entres les acteurs.

Cette conception semble inapproprié à la notion de la coordination appliquée au domaine de la santé à cause du fait de réduire la notion de la coordination à un simple objectif recherchant une forme optimale d'un contrat qui lutte contre l'opportunisme des différents acteurs. Il n'est pas correct de supposer, que l'individu dans le domaine de la santé, est systématiquement doté d'une rationalité substantielle[27].

2. Le rôle de l'Etat face à la contractualisation

La diversification des acteurs et la séparation des rôles débouchent nécessairement sur l'émergence d'interactions multiples entre les acteurs. Le débat opposant les partisans de l'Etatisation sanitaire à ceux de la libéralisation du système de santé se trouve alors transcendé par l'ouverture de possibilités de coopération entre le secteur public et privé. L'Etat devra s'allier aux différents dispensateurs de soins sur une base de droits et de devoirs, sous forme de contrat ou la forme relationnelle serait un partenariat[28].

Pour certains, l'Etat n'est plus en lui-même un facteur dysfonctionnel du système de santé mais un acteur, légitime au même titre que les acteurs privés. Cette légitimité lui donne un rôle très important à jouer tant en matière de production que d'information, c'est-à-dire de régulation. Toutes ces actions sont orientées dans la perspective de faire mieux fonctionner les marchés privés et publics de la santé et de l'assurance[29].

---

[27] KAÏD TLILANE Nouara, FOUDI Brahim, « Défis et enjeux de la coordination à l'ère de la multiplicité des acteurs en santé : Analyse de l'expérience de la délégation de la prise en charge aux cliniques privées dans le domaine de la dialyse en Algérie.», 7éme Colloque International de l'AIMAP sur : «UN MANAGEMENT PUBLIC INNOVANT ? », Biarritz, le 31 mai et 1er juin 2018.

[28] CARRIN G., PERROT J., « Comment améliorer la cohérence dans les relations entre partenaires ? Le rôle de l'Etat », Réunion technique : L'approche contractuelle comme outil politique, Genève, ICO-OMS, 4-6 Février 1998.

[29] TIZIO Stéphane, Op-cit, p. 503.

À travers cette stratégie, l'approche contractuelle chercherait une meilleure organisation du secteur de la santé dans les pays en développement. L'objectif est de mettre en relation sur des fonctions bien définies les divers intervenants du système de santé[30].

2.1. La logique des relations contractuelles

Pour des raisons très variables : politiques, économiques et sociales, l'Etat ne souhaite plus être un acteur exclusif, mais ne souhaite pas aussi se désengager totalement de la prestation et du financement des services de santé. La contractualisation devient donc un moyen qui lui permet de concilier ses positions. Dans ce cas, l'Etat deviendra signataire du contrat qu'il établit avec d'autres acteurs.

Il existe de nombreuses typologies des relations contractuelles: certaines sont basées sur la nature du contrat (public - privé), d'autres sur les acteurs en présence, d'autres encore sur le champ d'application du contrat (contrats au niveau des hôpitaux, contrat pour l'approvisionnement en médicaments…). Il est proposé de les regrouper en trois catégories selon l'objet du contrat, c'est-à-dire selon la finalité principale sur laquelle ces relations contractuelles sont basées[31].

2.1.1. Une relation contractuelle basée sur une délégation de responsabilité

La délégation de responsabilité correspond aux situations où un acteur préfère déléguer, par contrat, sa responsabilité à un acteur qui agira en son nom et à sa place : concession de service public, association au service public, liens avec les autorités de tutelles (hôpitaux autonomes, collectivités locales). C'est La logique du "faire faire", l'hôpital est amené à se poser la question suivante : quelles sont les fonctions qu'il réalisait lui-même et qu'il peut maintenant faire faire par un autre acteur[32]? On est ici dans la logique de ce que les économistes appellent la théorie de l'agence. Le premier intérêt de cette approche réside dans la prise en compte du fait que les deux parties en présence ont des intérêts qui peuvent diverger[33]:

---

[30] DE POUVOURVILLE Gérard, TEDESCO Joseph, « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics, Revue française de gestion, N°146, 2005.

[31]PERROT Jean, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Document Version 10 (22/08/2003), p.12.

[32] On a longtemps pensé que ces fonctions concernaient les activités non médicales: buanderie, sécurité, restauration, etc. Puis on a vu se développer des relations contractuelles autour de services intermédiaires de diagnostic: service d'examens de laboratoire, radiologie. Enfin, on voit se développer des relations purement médicales: intervention de médecins spécialistes privés pour certaines pathologies.

[33] Organisation Mondiale de la santé (OMS), « L'incitation à la performance des prestataires de services de santé » ; Discussion paper numéro 1, 2010, pp.12-13.

- L'incitateur (le principal) a intérêt à ce que son agent (l'incité) maximise ses efforts pour atteindre les meilleurs résultats possibles.

- L'incité aura quant à lui intérêt à minimiser ses efforts.

L'incitation, qui sera définie contractuellement, aura pour objectif de concilier les intérêts des deux acteurs, qui au départ ne sont pas les mêmes, de sorte à les amener à agir dans le même sens.

Le deuxième intérêt de cette approche réside dans la difficulté qu'aura le principal à évaluer l'effort de son agent de sorte à rémunérer justement cet effort. Il convient par ailleurs de souligner que l'on ne peut pas observer l'effort mais seulement le résultat de l'effort. L'agent est ainsi détenteur d'une information dont le principal a besoin mais que celui-ci a intérêt à embellir.

Afin d'obtenir le meilleur service, le principal considèrera la meilleure offre et, pour ce faire, mettra les prestataires en compétition.

A la différence de la privatisation, l'État conserve la maîtrise de ce développement des services de santé en établissant des relations contractuelles avec les acteurs qui acceptent cette délégation de responsabilité.

Ce principe général de délégation de responsabilité se décline cependant de diverses manières[34]: Public ⟷ Privé

Public ⟵ Établissements Autonomes

Public ⟶ Collectivités Territoriales

✓ **Des contrats de délégation à un acteur privé:**

- Contrats de dévolution de service public: confier la gestion d'un service public de santé à une organisation privée (société anonyme, association, fondation, syndicat, société mutualiste) pour le compte de l'Etat par une convention d'exploitation avec un cahier des charges qui précise les modalités de cette exploitation. Exemple : Côte d'Ivoire, Afrique du Sud et Mali.

- Contrats de concession d'une zone géographique: l'Etat peut concéder l'exploitation d'une zone géographique insuffisamment couverte dont il ne veut ou ne peut pas assurer la couverture lui-même. Exemple : mise en œuvre des services de soins primaire dans certaines zones urbaines de Bangladesh, concession à une ONG au Cambodge.

[34] KAÏD TLILANE Nouara, « Les concepts de la contractualisation dans le secteur de la santé », Op-cit.

✓ **Des contrats d'association au service public** (concessionnaire de service public, système d'accréditation) : Une organisation privée, propriétaire de ses structures et dispose de moyens propres, collabore par contrat avec l'Etat en remplissant une mission de service public. Exemple : les hôpitaux des Églises en Tanzanie, au Ghana et en Zambie.

✓ **Des contrats liants l'Etat et ses institutions autonomes**

Le transfert de responsabilité est opéré par la loi. Cependant, ce transfert de responsabilité n'est pas total; des liens demeurent entre l'État et ces entités exemple : Maroc et Tunisie.

✓ **Des contrats liants l'Etat aux collectivités territoires** : **principe de subsidiarité** C'est rapprocher l'administration au plus près des populations à chaque fois que possible. Il s'agit de transférer les compétences et les moyens en direction des collectivités territoriales.

Ces liens ne peuvent qu'être difficilement réglés par une relation hiérarchique classique. La relation contractuelle est alors l'outil qui permet de les aborder et de les opérationnaliser. Mais dans tous les cas, l'État veillera à ce que l'exécutant respecte la mission de service public: le contrat est là pour le garantir.

2.1.2. Une relation contractuelle basée sur un acte d'achat

Plutôt que de réaliser lui-même certaines activités, l'Etat décide alors d'acheter la production de soins à un acteur (généralement du secteur privé). Les contrats qui en découlent sont de type « contrat de services », dans lesquels l'Etat paye un acteur pour la réalisation d'un produit donné. On parle alors d'Externalisation[35] (exemple Inde, Thaïlande, Nouvelle Guinée, Tunisie).

Cette stratégie d'achat s'applique à deux niveaux selon l'objet de l'achat[36] :

- l'achat porte sur un produit fini c'est-à-dire sur un service de santé: sous traitance
- l'achat porte sur des facteurs de production : relations entre les détenteurs de fonds et les prestataires de service de santé :

➢ **Le ministère de la santé** : titulaire de fonds peut signer un contrat avec des praticiens privés pour réaliser des activités de chirurgie par exemple dans des zones rurales éloignées. (Namibie, Colombie, Pérou, …).

[35] L'externalisation étant le recours à un opérateur extérieur pour une activité qu'un acteur décide de ne plus assurer lui-même.

[36] OMS, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Genève, 2004, p.86.

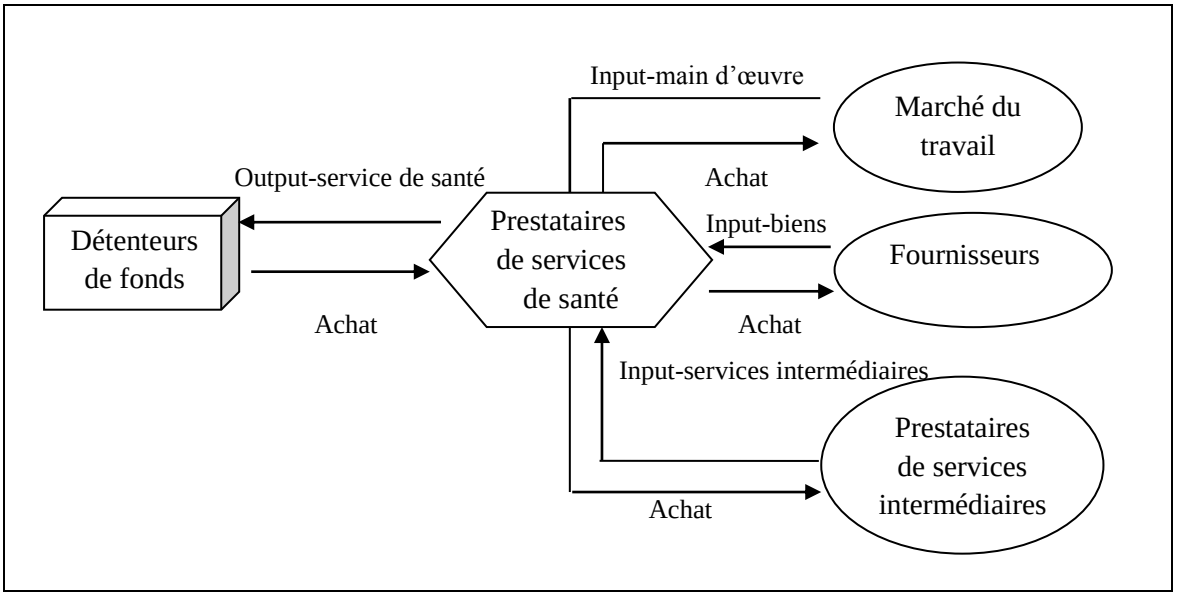
➢ **Les agences publiques de financement** : création d'agences publiques de financement qui sont des entités autonomes au sein du secteur public et reçoivent en dotation des budgets publics pour un meilleur usage en achetant des services pour leur population auprès des prestataires qui assurent le meilleur service. (Angleterre : ce courant s'inscrit dans les nouvelles formes de management du secteur public et la notion de « compétition gérée ».

➢ **Le Système d'assurance** : dans les pays développés n'ayant pas opté pour un système de santé financé par le budget de l'Etat, le financement de la santé passe par des systèmes d'assurances semi-étatiques et autonomes ou privées. La population est tenue de contribuer à ces systèmes d'assurances. Les différences apparaissent dans les modalités de prise en charge des dépenses de santé. On distingue trois méthodes principales :

- **Le modèle de remboursement** : l'assurance peut être privée, comme aux Etats-Unis, ou publique, comme en France, et les producteurs de soins sont pour la plupart privés à but lucratif.
- **Le modèle intégré** : la population choisit de s'adresser à une organisation qui assure les deux fonctions de financement et de prestation (exemple Health Maintenance Organizations HMO aux USA).
- **Le modèle contractuel** : le système d'assurance achète directement, au nom des assurés, des services de santé auprès des prestataires. Exemple le modèle allemand.

Afin d'éviter les inconvénients d'une concentration de toutes les fonctions au sein d'une même entité, l'État peut procéder à la séparation des fonctions de prestation et de financement en créant des entités spécifiques. Cette séparation, même si elle est pour partie artificielle, aura pour vertu d'amener chacun des protagonistes -prestataires et financeurs- à négocier avec l'autre partie prenante. Cette négociation, basée sur la compétition ou sur la confiance, doit déboucher sur un arrangement contractuel qui assurera une meilleure efficacité du système de santé. En créant des agences spécialisées disposant de budgets publics, l'État se donne les moyens de mettre en compétition les prestataires publics ou privés de services de santé. Le schéma ci-dessous nous permet de mieux comprendre cette relation.

Schéma 1: Relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les partenaires de la santé



Source : PERROT Jean, De ROODENBEKE Eric, « Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée», Edition Karthala, Paris, 2005, p.53.

Le prestataire fait appel au marché de travail pour acquérir des compétences en ressources humaines (médecins, infirmiers, techniciens de la santé …). Il fait appel aux différents fournisseurs pour l'acquisition de nouveaux matériels et fournitures pour faire fonctionner ses structures (l'acquisition de nouveaux appareils pour effectuer des diagnostics et des analyses plus précis). Ils existent des acteurs spécialisées dans la prestation de services intermédiaires non médicales, comme la restauration des malades, le transport médicale, le jardinage… avec lesquels les prestataires de services de santé entrent en relation pour leurs confier la gestion de ces services.

2.1.3 Une relation contractuelle basée sur une coopération

La coopération correspond à des accords établis dans une perspective de long terme[37], impliquant une interaction entre des organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs efforts[38].

[37] La durée de la relation sera plus longue par rapport aux deux types de relations contractuelles évoquées précédemment. La raison pour cela c'est que ce genre de rapport demande plus de temps pour s'établir, se développer et dépasser tous les obstacles imprévus qui surviennent tout au long de la période de la relation.
[38] INGHAM Marc, « L'apprentissage organisationnel dans les coopérations », Revue française de gestion, n° 97, 1994, p.55.

a) accords à interpénétration organisationnelle faible: franchising, réseaux de soins, accords de partenariat. Le ministère de la santé peut recourir au franchising pour lutter contre certaines maladies sensibles en impliquant le secteur privé. La stratégie DOTS considéré comme l'une des meilleures méthodes pour lutter contre la tuberculose à moindre coût, est un exemple très fréquemment appliqué dans plusieurs pays comme l'Inde, la Chine, le Bengladesh…[39].

b) accords à interpénétration organisationnelle forte: cogestion, alliances stratégiques, filiales communes. C'est la logique du "faire ensemble": après avoir identifié leurs synergies, les partenaires coopèrent pour la réalisation d'un objectif commun. Les acteurs de cette relation se considèrent comme des partenaires qui, chacun avec leur spécificité, apportent leur part à la solution du problème. La coopération fonde les relations entre ces acteurs.

Cette stratégie de l'Etat -acteur devenant un Etat co-acteur présente de nombreux mérites en matière d'amélioration de l'efficacité de gestion, notamment en réduisant la distance entre le pouvoir de décision et la production de services de santé.

Dans ces différents types de contractualisation, l'État garde sa responsabilité première qui est de s'assurer que la santé offerte à la population soit de qualité. Ainsi, par exemple, lorsque l'État donne en gestion son hôpital public et qu'un incident survient, certes le gestionnaire sera responsable, mais la population pourra aussi interpeller l'État sur le choix du gestionnaire.

L'interprétation et les formes de mise en œuvre de la contractualisation sont très diverses selon le contexte institutionnel et social de chaque pays. Dans le but d'aider ces pays à maîtriser l'outil de « contractualisation », l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a conçu un cadre normatif par l'élaboration de plusieurs documents de base, qui expliquent comment mener correctement à terme des relations contractuelles.

3. Le processus d'élaboration d'une politique nationale de contractualisation

On appelle une politique de contractualisation toutes les actions prises par les décideurs gouvernementaux dans un cadre cohérent pour améliorer l'état de santé de la population, le ministère de la santé défini préalablement un cadre de référence pour ces pratiques pour les encadrer et les orienter vers un seul objectif en évitant les incoordinations d'une juxtaposition

[39] MAOUNDÉ Dionko, « Contractualisation et performance du système de santé au Tchad », Thèse de Doctorat en Droit, Université Jean Moulin, Lyon 3, 2007.

d'arrangements contractuels pour que toute relation contractuelle soit une traduction opérationnelle d'une stratégie globale de santé[40].

Dans la politique nationale de santé, la place qui peut être consacrée à la contractualisation reste modeste et ne permet pas de définir avec précision son utilisation. Pour pallier à cette situation, il est possible d'élaborer un document spécifique de "politique de contractualisation". Cette recommandation est d'ailleurs inscrite dans la résolution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la contractualisation. Celle-ci stipule: "La Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la Santé… INIVITE instamment les État Membres, à élaborer des politiques contractuelles qui maximisent l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmonisent les pratiques de chaque acteur de manière transparente pour éviter les effets négatifs"[41].

3.1. Les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle

Il est ici retenu de présenter le processus contractuel en quatre phases successives[42]:

1. **La préparation à la contractualisation** ;
2. **La formalisation de la relation contractuelle** ;
3. **La mise en œuvre du contrat** ;
4. **La fin du contrat**.

Il est recommandé que l'engagement politique soit clair et explicite; une note du Ministre de la Santé ou de la plus haute instance administrative indiquant l'entrée dans un tel processus est utile pour l'officialiser.

3.1.1. La préparation à la contractualisation

Cette phase commence lorsque des acteurs du secteur de la santé envisagent de recourir à la contractualisation jusqu'au moment où ils vont effectivement procéder la formalisation de leur relation contractuelle. On est par conséquent dans le lancement du processus. Cette phase comporte elle-même différentes étapes:

- Identification des acteurs et des enjeux: les acteurs s'identifient et prennent conscience de la contractualisation qui pourraient les unir; ils mesurent les enjeux, les

[40] BOULAMIZAT Abdelmoula, « La régulation de la contractualisation basée sur une coopération à la région sanitaire de Marrakech Tansift al Haouz », Mémoire présenté pour l'obtention de diplôme de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, institut national d'administration sanitaire, Maroc, 2008, p.6.

[41] OMS, « Cinquante sixième assemblée mondiale de la santé, WHA56.25 Point 14.13 de l'ordre du jour », 28 Mai 2003.

[42] OMS, « Une politique nationale de contractualisation : Guide pour son élaboration et son suivi », discussion paper No 2, Genève, 2007, pp.22-29.

avantages, les risques et les contraintes de cette contractualisation. On est dans une étape d'engagement de la part des acteurs;

- Les acteurs mettent en place les mécanismes qui vont leur permettent de progresser. On est dans une étape d'organisation;
- Étude de faisabilité de l'éventuelle relation contractuelle. On est dans une étape de diagnostic.

A l'issue de cette phase, on considèrera que les préparatifs sont terminés et que maintenant on peut passer à la phase suivante.

A tout moment, il peut bien sûr être décidé de ne pas poursuivre plus loin les contacts. Les parties en présence renoncent alors à entrer dans une quelconque formulation d'une relation contractuelle.

3.1.2. La formalisation de la relation contractuelle

Cette phase commence au moment où les partenaires ont reconnu leur intérêt à établir une relation contractuelle et se terminera juste à l'issue de la signature du contrat. Cette phase peut présenter les étapes suivantes:

- **Négociation** : permet d'établir tous les éléments qui seront consignés dans le contrat: elle permet de fixer l'entente entre les partenaires
- **Rédaction du contrat** : il faut mettre tous les éléments ci-dessus dans la forme d'un contrat. Ces deux étapes sont souvent concomitantes.
- **Validation du contrat** : le travail des négociateurs doit être validé par les instances décisionnelles des acteurs qui seront impliqué dans la relation contractuelle
- **Signature** : il est alors établi comment il sera procédé à la signature du contrat. Cette étape va de l'approbation des termes du contrat par les parties en présence jusqu'à la cérémonie de signature du contrat.

A l'issue de cette phase, on dispose d'un document contractuel signé par toutes les parties concernées.

A tout moment, il peut bien sûr être décidé de ne pas poursuivre plus loin les contacts. Les parties en présence renoncent alors à mener à bien la formulation de la relation contractuelle qu'il envisageait.

3.1.3. La mise en œuvre du contrat

Le contrat étant signé, les parties prenantes doivent l'exécuter selon les termes définis dans le contrat:

- **Mise en œuvre de toutes les dispositions du contrat** : obligations de mettre en place tous les moyens prévus au contrat, suivi des résultats, mécanismes de concertation et de résolution des conflits.
- **Avenants** : parce que tout ne peut jamais être prévu, des avenants au contrat initial pourront être introduits par les parties en présence. Ces avenants doivent faire l'objet de négociation, quelles que soient les modalités d'établissement du contrat initial.
- **Ruptures** : à tout moment, le contrat peut être rompu. Normalement, les modalités de ces ruptures auront été prévues dans le texte même du contrat.

L'État doit être en mesure de contrôler le bon déroulement du contrat afin de préserver les intérêts de la population.

3.1.4. La fin du contrat

Selon les termes du contrat, tout contrat a une fin programmée. Trois cas de figure se présenteront alors:

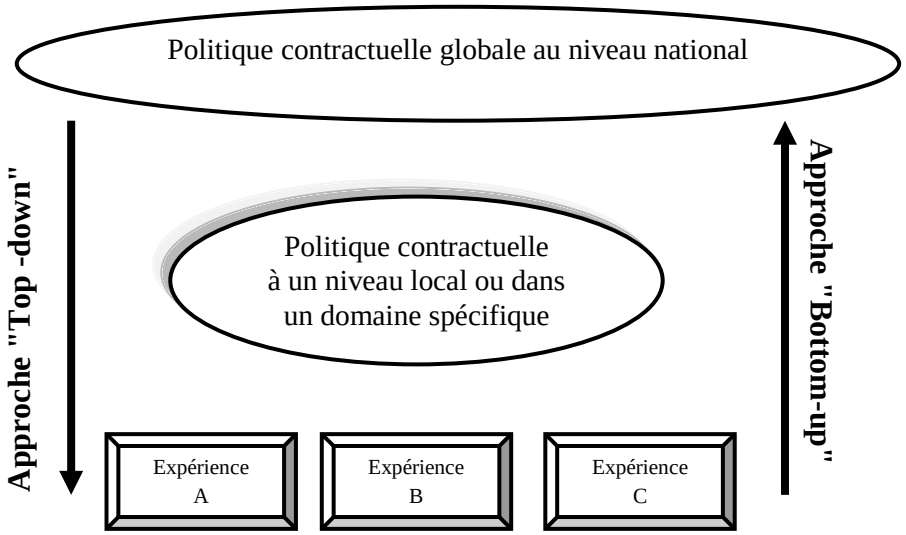
- **Le renouvellement** : le contrat a donné pleine satisfaction et les parties en présence décident d'un commun accord de renouveler le contrat dans les mêmes termes que le contrat précédent (même si des aménagements seront souvent à prévoir; mais ceux-ci respectent l'esprit du contrat précédent). Un nouveau contrat est alors signé;
- **La renégociation** : les parties en présence considèrent qu'il convient de poursuivre une relation contractuelle, mais considèrent qu'il convient de renégocier le contrat. Cette renégociation peut être plus ou moins importante selon l'analyse qui découle de la mise en œuvre du contrat précédent. Le processus peut être assez similaire à celui du contrat initial, même s'il n'y a plus de question d'identification des partenaires en présence.
- **L'arrêt** : les parties en présence peuvent décider de ne pas renouveler leur relation contractuelle, que celle-ci ait donnée satisfaction ou se soit conclue par un échec.

Le respect de toutes ces étapes peut faciliter le processus contractuel et éviter les éventuels litiges qui peuvent provoquer des coûts supplémentaires. Au-delà de la procédure, plus ou moins contraignante, la finalité même des contrats, révèle une certaine confiance dans la rationalité des acteurs en présence et dans la cohérence de leurs comportements. Le premier point se concrétise, dans les textes, par de fréquents appels aux notions "d'objectifs" et de "moyens" adaptés et aussi par la volonté de mettre en place des indicateurs "de suivi". Le respect du calendrier préétabli par les deux contractants est ici un élément et une preuve de l'efficacité et de l'effectivité du contrat.

3.2. Les axes stratégiques de la politique contractuelle

S'agissant d'une orientation nouvelle de l'organisation des services de santé, les pays, notamment les pays en développement, en sont encore à des phases initiales tant de la conception que de la mise en œuvre. L'enjeu est de définir, avec leurs parties prenantes, un espace d'accord concernant la légitimité du projet. Deux démarches s'opposent traditionnellement concernant la construction d'un processus d'évaluation : une démarche « experte », dite « top-down », basée essentiellement sur les sciences de l'environnement et de l'économie et une démarche « bottom-up », fondée sur les sciences sociales et prônant une approche participative (cf. Schéma 2).

Schéma 2: L'articulation entre les niveaux de politiques contractuelles



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de l'OMS, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Genève,2004, p.56.

La stratégie "top - down" consiste à définir la politique et les stratégies avant de s'engager dans une quelconque action. Elle place la coordination comme préalable à l'action. C'est le choix de la France et de la Grande Bretagne par exemple. La stratégie "bottom - up"

donne la prééminence à l'expérimentation. Seulement, l'une comme l'autre présente des avantages et des limites[43].

Les approches top-down reposent sur deux idées centrales : une évaluation doit permettre de simplifier les problématiques afin d'en donner une lecture plus aisée aux décideurs et, doit reposer sur des justifications scientifiques pour fournir une information de qualité. Les démarches bottom-up sont fondées sur l'idée qu'une évaluation doit rendre compte de la diversité des points de vue et des conflits soulevés par le projet afin de devenir un outil de communication, d'information et de dialogue entre les acteurs.

Aussi convient-il de mettre en place une dynamique plutôt que de chercher à imposer l'une par rapport à l'autre. Mais l'on s'accorde en général pour reconnaître qu'un développement incontrôlé des arrangements contractuels conduit à une désorganisation des services de santé. Dans cette perspective, le rôle des pouvoirs publics est d'accompagner, de maîtriser ces mouvements tout en poursuivant des objectifs de rationalisation et d'efficience. On peut distinguer principalement deux types de politiques contractuelles selon leur niveau d'intervention ; une politique globale et une politique spécifique de contractualisation.

3.2.1. La politique globale de contractualisation

La politique globale de contractualisation doit être capable d'accompagner les différents acteurs de la santé à réaliser l'objectif de l'amélioration de l'efficacité et la performance des systèmes de santé. Pour réaliser cet objectif, une politique globale de contractualisation est fortement recommandée, elle est considérée comme l'une des stratégies la plus adéquate à cette mission.

La politique globale de contractualisation a pour mission[44] :

1. Améliorer la qualité de la mission de service public en motivant la participation des partenaires de service de santé.

2. L'implication de tous les acteurs du service de santé.

3. Améliorer l'efficacité des acteurs.

4. Améliorer les relations entre les institutions de financement et les prestataires de services.

5. Promouvoir la coopération interinstitutionnelle (les contrats avec les institutions de formation, le contrat de jumelage…).

[43] PERROT Jean, De ROODENBEKE Eric, Op-cit.

[44] Bulletin d'information de la Représentation de l'OMS au Niger n°63, « Dossier la contractualisation dans le secteur de la santé au Niger », Juillet 2009, p.8.

6. Le recours à la haute technicité.

La politique de contractualisation doit monter clairement les objectifs à atteindre en élaborant une liste exhaustive selon les domaines de contractualisation et le type de relations utilisées, en essayant de justifier le recours à chaque type de relation et les résultats attendus pour pouvoir faire une évaluation des résultats à la fin de chaque relation.

Il n'est pas toujours facile d'arrêter une politique globale de contractualisation au niveau national, vu les changements et les événements incertains qui peuvent perturber un programme d'action. Pour élaborer une politique globale de santé il est important d'éviter deux cas limites[45] :

✓ **La première limite** est de ne pas essayer de définir une politique contractuelle largement détaillée au point de limiter les marges de manœuvre des contractants et limiter les possibilités de réagir suite aux évènements imprévus et de freiner toute volonté de rendre la relation plus flexible aux contextes et aux conjonctures qui peuvent se présenter.

Cette initiative de réaction doit être encouragée par la politique globale de contractualisation.

✓ **La deuxième limite** oppose la première, elle consiste à éviter de poser des principes trop globaux et trop théoriques sans prendre en compte les vrais problèmes à résoudre.

Pour optimiser l'intérêt de la contractualisation, il faut savoir bien choisir le type de relation contractuelle la plus adéquate au contexte économique, juridique et social de chaque situation.

Pour éviter le problème d'une simple prise de position sans considération opérationnelle, la politique contractuelle globale doit trouver une bonne position entre ces deux limites en vérifiant les évènements suivants :

➢ **L'inscription dans la politique nationale de santé**

Avant de procéder à la mise en œuvre de la politique contractuelle il faut avoir en amont la validation et l'acceptation de la politique nationale de santé de l'utilisation de l'outil contractuel comme option stratégique pour atteindre l'objectif de l'amélioration de la performance du système de santé[46].

[45] OMS, « Une politique nationale de contractualisation : Guide pour son élaboration et son suivi », Op-cit, p.66.
[46] Idem

- **L'inscription dans un cadre légal**

Les principes de la contractualisation ne doivent pas être en contradiction avec les textes et les règles législatives qui régissent le fonctionnement des systèmes de santé de chaque pays[47].

3.2.2. La politique contractuelle spécifique

La multitude des domaines de la contractualisation (gestion, financement, lutte contre les maladies dangereuses …) implique une grande multitude des objectifs et stratégies de la contractualisation. Par conséquent, des politiques contractuelles spécifiques doivent être élaborées pour atteindre l'objectif relatif à chaque domaine spécifique de santé, toutes ces politiques doivent aussi être des éléments de la politique nationale de santé[48].

Les domaines de la politique contractuelle spécifique sont[49] :

1- La lutte contre les maladies à grande prévalence :

On peut élaborer des politiques contractuelles spécifiques pour la lutte contre des maladies dangereuses qui menacent une grande proportion de la population, comme la lutte contre la Malaria, le Cancer, la Tuberculose, etc. L'exemple fameux de cette stratégie c'est la stratégie DOTS (Directe Observed Treatement Short-Cours), elle est considérée aujourd'hui comme l'une des politiques contractuelles spécifiques les plus efficaces pour la lutte contre la Tuberculose à moindre coût. Plusieurs pays ont mis en place cette technique à savoir : L'inde, la Chine, le Cambodge…

2- Les interventions prioritaires de santé :

Ce sont des interventions prioritaires pour la prise en charge d'une maladie spécifique et d'une population bien déterminée. La politique contractuelle spécifique sert à définir les modalités de délégation de cette responsabilité à un acteur privé (ONG, hôpitaux privés,…etc.).

3- Les relations entre les détenteurs de fonds et les prestataires de soins :

Dans ce cas, les relations contractuelles déterminent clairement toute les relations existantes entre les détenteurs de fonds et les prestataires de soins à savoir, les modalités de

[47] OMS : « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », rapport de la cinquante-sixième assemblée mondiale de la santé, 28 mai 2003, p.65

[48] FOUDI Brahim, « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain: Etat des lieux », Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Faculté des Sciences Economiques, des Sciences de Gestion et des Sciences Commerciales, 2011, pp. 69-70.

[49] Idem, pp. 70-71.

financement et de paiement des prestataires, les conditions d'adhésion, le paquet du service à fournir, les modalités de remboursement…etc

4- La distribution des médicaments :

L'importance du médicament dans les processus curatifs, et les problèmes de ruptures de stocks de médicaments dans les pharmacies centrales des hôpitaux publiques nécessite le développement des outils contractuels pour responsabiliser les acteurs privés dans la tache de distribution des médicaments et l'approvisionnement des stocks et leur gestion au niveau des établissements de soins publics.

5- L'externalisation des services non médicaux :

Pour permettre aux responsables des structures de soins publique de mieux se concentrer sur l'activité principale de l'établissement qui est la prestation de soins, les autres services périphériques seront, de préférence, externalisés. En effet, les responsables font appel à l'outil contractuel pour confier à un acteur privé plus spécialisé la prise en charge des services non médicaux comme la restauration, la maintenance, la comptabilité…etc.

La politique spécifique de contractualisation doit être en pleine harmonie et en connexion totale avec la politique globale de contractualisation. Cependant, la politique contractuelle globale pose les grands axes des orientations et les objectifs globaux à réaliser, tandis que les politiques contractuelles spécifiques ont pour mission d'adapter ces principes aux contextes, c'est-à-dire déterminer le cadre opérationnel, les domaines spécifiques et les procédures de la mise en application.

Dans les pays en développement, la contractualisation est considérée comme la fin de la gratuité des soins. La politique contractuelle globale doit expliquer clairement que la contractualisation est l'un des moyens les plus efficaces pour organiser et établir des relations durables et solides entre les acteurs de la santé et convaincre les acteurs que la contractualisation ne signifie jamais un désengagement de l'Etat ou une volonté de privatiser le secteur de la santé.

En Algérie, malgré l'implication de l'Etat pour bâtir un système de santé moderne, il semble aujourd'hui faire l'unanimité contre lui aussi bien de la part des usagers que de la part des professionnels de soins. Pour cela nous allons montrer que le recours à la contractualisation ouvre une série d'opportunités pour améliorer la prestation hospitalière.

Section 2 : Organisation du système de soins algérien

Le système national de santé doit être organisé pour prendre en charge les besoins en santé de manière globale, cohérente et continue.

La politique volontariste mise en œuvre jusqu'en 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80, en raison de la chute des revenus pétroliers. Le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10$ US en 1986, imposant à l'Algérie, de faire appel à des emprunts à des taux ruineux à court terme et de réviser à la baisse, sinon d'abandonner purement et simplement, un grand nombre de programmes de développement. Celui de la santé connaît un net recul dès 1986/87, mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretien des équipements)[50].

Le mécontentement des patients et usagers et des personnels de santé face à la rapide dégradation des prestations du secteur public, pousse l'Etat à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers (années 90). De ce fait, la quasi-totalité des frais encourus auprès des médecins privés restent à la charge des ménages.

Le système de soins algérien est organisé autour d'un secteur public dominant et d'un secteur privé modeste mais en pleine expansion. Le MSPRH gère le secteur public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé. Néanmoins une question se pose : ne sommes-nous pas restés prisonniers du secteur étatique et des questions de santé publique, même en étant analysées dans leur dimension critique, occultant une autre réalité socio sanitaire (le secteur privé)?

1. L'offre publique de soins

Après l'indépendance du pays, le système de santé se caractérise par l'héritage du système colonial qui reproduit l'aspect individualiste dans la prise en charge des dépenses de soins.

Le premier plan triennal et le Premier Plan quadriennal prévoient des dépenses financières importantes malgré les faibles ressources de l'Etat[51] :

- Plan triennal (67-69) : 772 millions de DA
- Plan quadriennal (70-74) : 1249millions de DA

[50] CHACHOUA L., « Le système National de santé, 1962 à nos jours », Colloque international sur les politiques de santé, Alger, les 18 et 19 janvier 2014.
[51] Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire

Les objectifs retenus par les plans, prévoyaient la construction de 10 nouveaux hôpitaux, 82 centres de santé et 109 polycliniques répartis à l'échelle nationale[52].

La mise en place d'un système de soins de santé moderne a constitué un objectif majeur de l'Algérie. La nouvelle appellation attribuée au ministère de la Santé le 17 juin 2002 – ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière – indique la volonté du pouvoir politique d'impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses prestataires. Pour cela, il devient nécessaire de modifier positivement les modes actuels d'organisation, de gestion et de fonctionnement des établissements de santé[53].

La politique de développement de l'Algérie indépendante a permis l'édification d'une infrastructure sanitaire diversifiée et décentralisée, tenant compte des aspects socioéconomiques, géographiques et épidémiologiques.

1.1. Etat des infrastructures publiques de la santé

A partir de 1974, l'accès social, égal et gratuit à tous les soins disponibles curatifs ou préventifs est la principale caractéristique du système Algérien gratuit.

A l'instar de la carte sanitaire institué en France en 1970 et mise en pratique à partir de 1973[54], l'Algérie adoptait une carte nationale sanitaire en 1982 en ayant à l'esprit la nécessite de corriger les disparités entre les régions et entre les villes et les compagnes[55]. La « sectorisation » et la « régionalisation » étaient les deux principes qui ont guidé le pays à une organisation de soins à quatre niveaux[56] :

Niveau A. soins hautement spécialisés

Niveau B. soins spécialisés

Niveau C. soins généraux

Niveau D. soins de premier recours

La carte sanitaire a divisé le territoire algérien en treize régions sanitaires, soit 185 secteurs sanitaires avec leurs différentes structures qui formaient l'ensemble du système de soins dans sa composante publique. Elle permet de piloter le système de soins avec plus de

[52] Idem.

[53] SAIHI Abdelhak, « Le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspectives », ENSP, Dossier Documentaire, Avril 2006, p.243.

[54] Loi du 31 Décembre 1970 et le décret d'application du 11 janvier 1973. Il est à signaler que la carte a été expérimentée par une circulaire en 1969.

[55] MOREAU J. C., « La carte sanitaire en Algérie », Revue française des affaires sociales, 1983, n° 3, p.166.

[56] BRAHAMIA Brahim, Op-cit, pp.356-358.

rationalité (décentralisation de la gestion des polycliniques et dispensaires), maîtriser les coûts mais aussi la répartition géographique des ressources. La carte est donc venue mettre fin au développement désordonné de l'équipement sanitaire et de sa mauvaise répartition sur le territoire[57].

Le secteur de la santé a bénéficié d'un vaste programme de développement basé sur les principes de densification et de proximité à l'effet de rapprocher les soins de base et spéciale du citoyen (cf. Tableau 2).

Tableau 2: Autorisations de programmes du ministère de la santé (en milliards de dinars)

Années	**Autorisation du programme**
1998	1 465
1999	2 777
2000	2 966
2001	12 517
2002	13 254
2003	14 799
2004	12 349
2005	16 250
2006	37 440
2007	27 810

Source : MSPRH, Direction des finances et des moyens.

Le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai **2007** portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, transforme les Secteurs Sanitaires (comprenant hôpitaux, polycliniques et dispensaires) en établissement public hospitalier (EPH) et en établissements publics de santé de proximité (EPSP). Cette réorganisation semble obéir à l'objectif de séparer les missions relevant de l'Etat (soins préventifs et lutte contre les maladies épidémiques et endémiques) de celles à la charge des caisses de sécurité sociale et portant sur les soins curatifs[58].

[57] DUTREIL C., « La carte sanitaire », Revue de droit sanitaire et social, n° spécial, 1974, p.391.
[58] République algérienne démocratique et populaire, Article 54 de la Constitution du 28/11/1996.

La majorité des investissements de l'Etat dans le secteur de la santé sont financés par des crédits inscrits au budget du Ministère de la Santé. La couverture sanitaire est réalisée par des investissements volumineux comme l'atteste l'évolution de la dépense nationale de santé retracée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Evolution de la dépense nationale de santé en % du PIB

Années	**Dépenses nationales de santé par rapport au PIB**
2000	3,5%
2001	3,8%
2002	3,9%
2003	3,7%
2004	3,4%
2005	3,1%
2006	3,1%
2007	3,5%
2008	3,7%
2009	4,6%
2010	4,3%
2011	3,9%
2012	4,82%
2013	5,04%
2014	7,02%

Source: MSPRH, Rapport général sur l'organisation du système de santé, janvier 1990 pour 1973-1988 ;ZEHNATI Ahcène, « Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie », Thèse de doctorat (En co-tutelle) de l'Université de Bejaia et de l'Université de Bourgogne, Spécialité : Sciences Economiques, Soutenue publiquement le 8 juin 2014 pour 1990-2013 et MSPRH, Direction des finances et des moyens pour 2014.

Le montant de la dépense nationale de santé va en s'accroissant compte tenu de la transition sanitaire. Il est urgent de faire contribuer d'autre financeurs potentiels comme les collectivités territoriales, les entreprises relevant du secteur de la santé (SAIDAL), les entreprises polluantes et les assurances économiques.

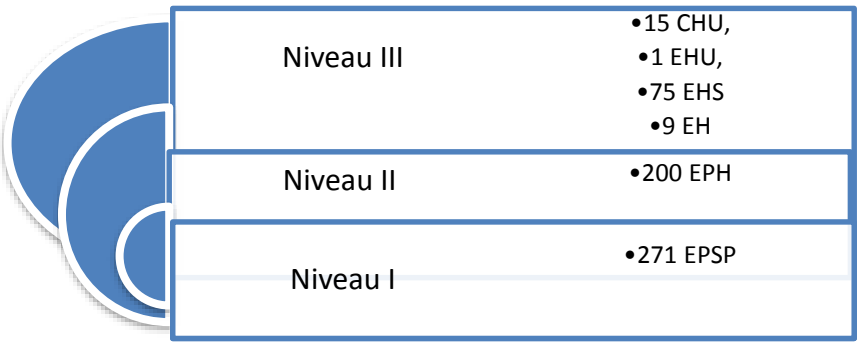
Aujourd'hui, l'organisation des infrastructures hospitalières du système sanitaire repose sur 48 directions de la santé et de la population de wilaya (départements) (cf. Tableau 4).

Tableau 4: Organisation des infrastructures hospitalières

Année	EPH		EH		C.H.U		E.H.U		E.H.S	
	Nbr	Lits	Nbr	Lits	Nbr	Lits	Nbr	Lits	Nbr	Lits
2005	232	33 837	/	/	13	13 837	01	740	32	6 046
2006	231	35 869	/	/	13	14 150	01	740	36	7 578
2007	240	35 157	/	/	13	12 697	01	740	54	9 785
2008	190	37 185	04	600	13	12 115	01	700	57	9 932
2009	192	37 565	04	608	13	12 342	01	700	61	10 475
2010	194	37 775	04	679	13	11 889	01	612	64	10 824
2011	192	37 442	04	709	14	12 171	01	710	63	10 816
2012	193	37 545	05	849	14	12 312	01	759	66	10 863
2013	194	37 769	05	876	14	12 500	01	764	68	11 298
2014	196	38 015	05	926	14	12 862	01	806	71	11 499
2015	200	38 305	09	960	15	13 050	01	810	75	11 637

Source : ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2009-2011,N°42, édition 2012 et ZEHNATI Ahcène, « Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie », Thèse de doctorat (En co-tutelle) de l'Université de Bejaia et de l'Université de Bourgogne, Spécialité : Sciences Economiques, Soutenue publiquement le 8 juin 2014, p.57 pour 2005-2010 ; ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2013, N° 44, édition 2014 et ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition 2016.

Schéma 3: Organisation du secteur sanitaire public en 2015



Source : construit par nos soins d'après les données du tableau 4.

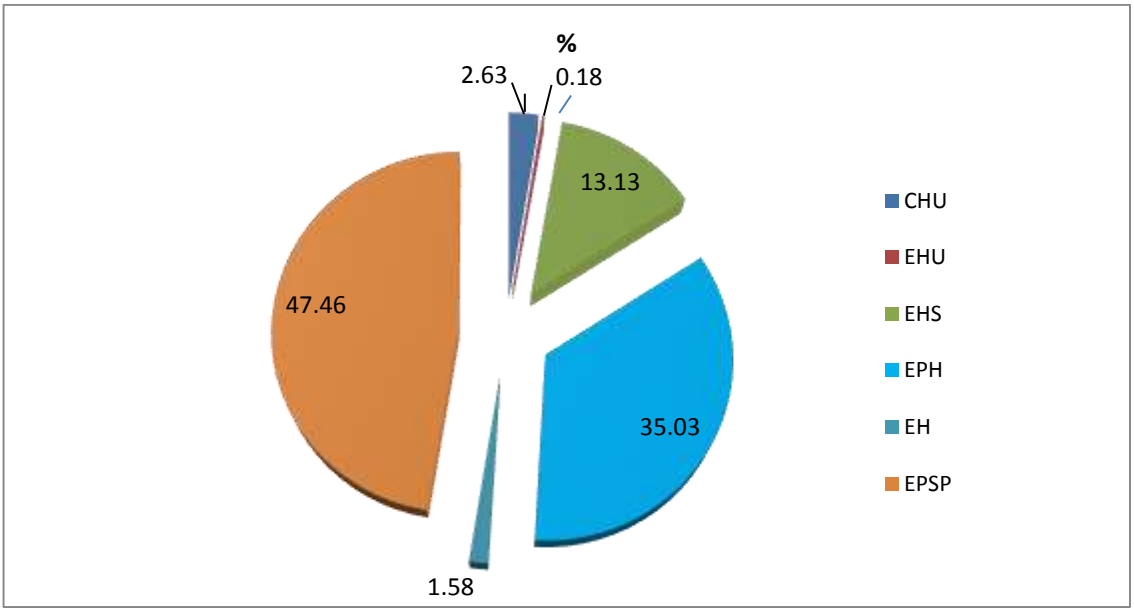
Le Secteur de la Santé public dispose en 2015 de 271 établissements publics de santé de proximité (EPSP) disposant des structures de proximité ci-après[59] :

• 1 659 polycliniques dont 402 polycliniques avec maternité intégrée disposant de 3 028 lits de maternité ;

• 13 maternités rurales et autonomes comptabilisant 147 lits de maternité ;

• 5 762 salles de soins.

Figure 1: Répartition des établissements publics de soins par types de structure en 2015



Source : Réalisée par nos soins d'après les données du Schéma 1.

[59] MSPRH, Direction des études et de la planification, « SANTE EN CHIFFRES 2015 », Edition Juillet 2016.

Le nombre d'admission effectué s'élève à 3 336 703 (18,08% homme, 51,97% femme et 29,95% enfants), quant au nombre de journée d'hospitalisation, Il a atteint 11 209 565 journée durant l'année 2015. La répartition des journées d'hospitalisation par type de structure montre ce qui suit[60] :

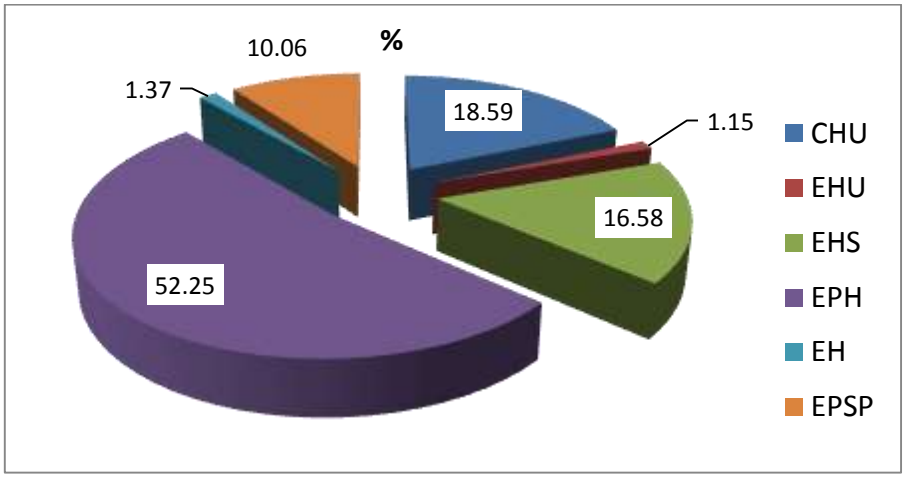
-32,93% d'hospitalisation au niveau des CHU/EHU ;

-46,58% d'hospitalisation au niveau des EHS ;

-20,48% d'hospitalisation au niveau des EPH/EH.

Cette activité hospitalière génère un taux d'occupation moyen des lits de 54,21%[61].

Figure 2: Répartition des lits par type d'établissement en 2015



Source : Réalisée par nos soins d'après les données du MSPRH.

Théoriquement, les structures de soins primaires orientent leurs patients vers l'hôpital du secteur sanitaire pour les soins secondaires et un établissement hospitalier spécialisé (EHS) ou un centre hospitalo-universitaire (CHU) pour les soins tertiaires. Cette réforme a été présentée comme favorisant le renforcement des soins de base et la hiérarchisation des soins afin d'alléger la pression sur les grandes structures publiques de soins. Dans la réalité, la hiérarchisation des soins n'est pas respectée ni par les patients, ni par les professionnels de santé. Les ressources financières destinées à l'ensemble des structures du secteur sanitaire sont en grande partie consommées par l'hôpital, au détriment des structures extra hospitalières[62].

[60] MSPRH, Direction des études et de la planification, « Santé en chiffres 2015 », Edition Juillet 2016.
[61] Le taux d'occupation est égal aux nombre de journées d'hospitalisation multiplié par 100 sur le nombre de lits multiplié par 365 jours.
[62] BRAHAMIA Brahim, Op-cit, p.368.

Malgré l'implication de l'Etat algérien pour bâtir un système de santé moderne, On remarque l'absence d'une gestion efficiente des structures de soins et une insatisfaction des patients. Outre l'infrastructure, et le matériel médical, ce sont les nombreux intervenants qui se succèdent au chevet des patients qui créent la réelle valeur ajoutée : médecins, infirmier, aides-soignants, pharmaciens.

On ne peut donc prétendre à l'amélioration du secteur sanitaire et à la rationalisation des dépenses en matière de soins sans s'intéresser aux ressources humaines. La volonté politique de réformer le secteur sanitaire devrait commencer par la modernisation de la gestion de la ressource humaine.

1.2. Les Ressources humaines en santé (RH)

Les ressources humaines constituent une force d'intervention puissante pour accroître l'efficacité et l'efficience du service public hospitalier. Elle est l'un des atouts essentiels de l'organisation sanitaire à condition de la mettre en œuvre dans le cadre d'un management organisé, entretenu et fortifié[63].

En effet, les évolutions des modes de gestion ont bouleversé les ressources humaines à l'hôpital. Cadres et médecins sont de plus en plus appelés à participer à la gestion de leur service, parfois sans y être formés. La situation des RH se caractérise également par des conditions de travail peu favorable, une rémunération insuffisante et une forte centralisation de la gestion du personnel.

Il y'avait en 1967 un (01) médecin pour plus de 25000 habitants (la norme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) étant de 1 médecin pour 10.000 habitants), un (01) pharmacien pour près de 80.000, un (01) chirurgien-dentiste pour 145.000 habitants et un (01) infirmier pour environ 1000 habitants (la norme de l'OMS étant de 1 infirmier pour 3 000 habitants)[64]. Les efforts consentis par le gouvernement algérien pour assurer le développement du secteur sanitaire ont permis d'améliorer la couverture de la population en terme de démographie médicale (cf. Tableau 5).

[63] SALMI Madjid, FERFERA Yassine, «Administration du personnel de santé ou gestion des ressources humaines : l'enjeu actuel de l'hôpital public en Algérie », In cahiers du CREAD, 2009, p.81.

[64] BOULAHBAL Bachir, « Besoins sociaux à l'horizon 2025», Rapport l'Algérie de demain, Relever les défis pour gagner l'avenir, Décembre 2008, p.15.

Tableau 5: Evolution du nombre de médecin par secteur juridique en Algérie

	Médecin généraliste			Médecin spécialiste			
Année	**Secteur public**	**Secteur privé**	**Total**	**Secteur public**	**Secteur privé**	**Total**	**Total général**
1991	9 500	4 070	13 570	4 930	1 430	6 360	**19 930**
1995	10 200	5 000	15 200	5 700	2 528	8 228	**23 428**
1998	11 050	5 200	16 250	5 820	3 640	9 460	**25 710**
2001	11 569	5 915	17 484	6 410	4 861	11 271	**28 755**
2006	12 804	6 576	19 380	6 634	5 913	12 547	**31 927**
2008	16 164	6 548	22 712	6 653	6 645	13 298	**36 010**
2009	18 475	6 598	25 073	7 339	7 032	14 371	**39 444**
2010	19 955	6 764	26 719	8 028	7 491	15 519	**42 238**
2011	21 356	6 860	28 216	9 202	7 650	16 852	**45 068**
2012	22 700	6 458	29 158	10 162	8 864	19 026	**48 184**
2013	23 111	6 482	29 593	11 304	9 429	20 733	**50 326**

Source : Kaid Tlilane Nouara, Foudi Brahim, « Les acteurs publics et privés dans le système de santé algérien : de la concurrence à la complémentarité », Revue des Régions Arides n°40 (2/2016) – Numéro spécial : Actes des travaux du colloque international LOTH 2016 « Gouvernance et communication territoriales » Mahdia (Tunisie) 7, 8, 9 avril 2016 pour 1991-2006 et MSPRH pour 2008-2013.

Bien que la couverture sanitaire de la population soit appréciable, la situation globale masque de grandes disparités qualitatives et quantitatives selon les régions et les wilayas, un accès inégal aux soins, encore plus évident pour les soins spécialisés. Il est évident que la fuite des médecins a un impact négatif sur le système de santé algérien. Le chercheur Algérien au centre de recherche en économie appliquée pour le développement (CREAD), Ahcène Zehnati, montre l'importance du phénomène de la fuite des médecins algériens à l'étranger et estime urgent une étude de terrain pour déterminer les raisons de ce phénomène en vue d'y trouver une solution durable.

En 2013, le secteur de soin public comptait 66 234 lits, la cartographie des ressources humaines en santé montre que l'Algérie dispose de 34 415 médecins (23 111 généralistes, 11 304 spécialistes) avec un ratio de 1 médecin spécialiste pour 2000 habitants et 1 médecin généraliste pour 1980 habitants, 6893 chirurgien-dentiste avec un ratio de 1 chirurgien-dentiste pour 3100 habitants, 979 pharmaciens avec un ratio de 1 pharmacien pour 3750 habitants et 121442 cadres paramédicaux[65]. Seulement, à la même année, 17000

[65] MSPRH, statistiques sanitaires année 2013 (édition 2015).

médecins ont quitté le pays pour la France[66]. Selon le rapport sur la démographie médicale publié par le Conseil National Français de l'Ordre des Médecins (CNOM) en juin 2014, plus de 22% des médecins étrangers exerçant en France sont des algériens. Le rapport estime qu'ils sont plus de 6000 à avoir étudié en Algérie. Ce phénomène touche toutes les spécialités de médecine, mais il touche en particulier celui de la psychiatrie[67].

Au 31/12/2015 le personnel de la santé s'élève à 239 298 au niveau de toutes les structures publiques de santé. Il comprend en détail[68] :

- 50 336 personnels médicaux (y compris les Hospitalo-universitaire) ;
- 121 976 personnels paramédicaux ;
- 22 710 personnels administratifs ;
- 6 573 personnels techniques ;
- 36 561 personnels de services ;
- 1 142 autres personnels

L'effectif par établissements est résumé dans le tableau qui suit.

Tableau 6: Effectif global des structures publiques de la santé en 2015

Grades	Etablissements					
	CHU/EHU	**EPH/EH**	**EHS**	**EPSP**	**DSP**	**Total**
Hospitalo-universitaire	3607	365	677	/	/	4649
Médecin Spécialiste	1960	7273	1378	1803	8	12422
Médecin Généraliste	1169	6402	888	16305	67	24831
Pharmacien	183	524	174	578	10	1469
Chirurgien-dentiste	98	243	58	6559	7	6965
paramédicaux	16452	44817	10401	50070	236	121976
Administratif	3251	8268	2523	7427	1241	22710
Technique	1140	2718	714	1814	187	6573
Service	7786	11564	3823	12882	506	36561
Autre Personnel	253	304	585	/	/	1142
TOTAL GENERAL	**35899**	**82478**	**21221**	**97438**	**2262**	**239298**

Source : MSPRH, Direction des études et de la planification : Santé en chiffres 2015, Edition juillet 2016.

[66] La destination principale des médecins algériens reste la France pour des raisons historiques, culturelles et même scientifique.
[67] Il est de 29%. Ce taux très important s'explique par le nombre de psychiatre promus, 737 en 2012.
[68] MSPRH, Direction des études et de la planification, « Santé en chiffres 2015 », Edition Juillet 2016.

Le personnel médical représente 21% des effectifs globaux des structures publiques de santé, cet effectif tend vers une augmentation d'année en année notamment en ce qui concerne les praticiens spécialistes et généralistes. L'effectif du personnel paramédical répartis par corps, se présentent quant à lui comme suit : 90 144 diplômés d'état, 6 244 brevetés et 25 588 aides paramédicaux.

L'observation de la pratique à l'hôpital montre la dominance du modèle biomédical. Cette démarche transforme les producteurs et les utilisateurs en de simples automates fonctionnant par impulsion réflexe et mécanique[69]. Les relations entre corps médical et direction administrative ne s'inscrivent pas dans une logique de coopération active. De plus, la mutualisation des ressources humaines n'est pas aisée[70]. Afin de renforcer et moderniser la gestion des ressources humaines disponibles dans le secteur de la santé, il faut[71] :

- Etendre la formation selon l'approche par compétences à tous les paramédicaux et aux médecins;
- Former et stabiliser les spécialistes dans les hôpitaux régionaux ;
- Former et encadrer les enseignants des écoles paramédicales ;
- Assurer une meilleure organisation et encadrement des stages dans les hôpitaux et centres de santé ;
- Assurer une formation continue du personnel adaptée aux besoins du terrain ;
- Finaliser la description des postes et profils du personnel aux différents niveaux du système de santé ;
- Etablir un plan de gestion prévisionnelle des ressources humaines qui tient compte des normes ;
- Acquérir et rendre fonctionnel le logiciel de gestion des ressources humaines ;
- Rationaliser la gestion des RH à travers des mécanismes, procédures et outils de gestion décentralisée des RH ;
- Stabiliser le personnel travaillant dans les zones éloignées à travers des incitatifs financiers et non financiers ;

La contractualisation permet de susciter la prise de responsabilité des équipes hospitalières. La fixation d'objectifs et la mobilisation des moyens sont sources d'un

[69] GIRAUD A., « L'évolution des soins hospitalier », Paris, Economica, 1992.
[70] En cas de surcharge d'activité dans un service, le personnel infirmier des autres services accepte difficilement de se déplacer. Chacun préfère rester dans son propre service.
[71] SALMI Madjid, FERFERA Yassine, Op-cit, p.85.

véritable dialogue entre la direction et les équipes médicales, paramédicales et logistiques[72].

Si les soins de santé publique sont disponibles, ils sont accompagnés d'une pénurie presque permanente de médicaments et d'équipements, et sont caractérisés par des discriminations, une accessibilité physique très variable, une accessibilité économique inégale, et surtout par une qualité de soins médiocre, voire parfois déficiente. Le système public de soin ne peut être considéré isolément, il s'insère dans un ensemble complexe de relation avec le privé.

2. L'offre privée de soins

Le système de santé algérien a connu une évolution remarquable à la fin des années quatre-vingt. Cette nouvelle ère a annoncé le recule progressif du monopole étatique laissant place à la logique marchande des acteurs privés. Ce nouveau paysage inhabituel marqué désormais par la multiplicité des acteurs ayant des profils distincts de par leur nature juridique (public, privé) et/ou par leurs fonctions (prestataires de service, bailleurs de fonds, organismes assureurs, etc.) rend la mission de la gouvernance du système de santé encore plus complexe. Cette complexité est nourrie par la nature des objectifs, les stratégies d'action et encore par les moyens utilisés. Coordonner et ramener toutes ces variables à travailler pour un intérêt général devient le défi majeur des autorités publiques[73].

2.1.L'émergence du secteur privé

Considérer que la régulation du système de soins serait uniquement du ressort des pouvoirs publics et faux. La réalité socio sanitaire montre l'émergence de nouvelles figures d'acteurs comme celles des médecins «entrepreneurs» ou des patrons privés, élargissant leur champ d'activités, en s'engageant dans la construction de cliniques privées qui prennent en charge un nombre appréciable de spécialités médicales[74], accueillant les différentes catégories de patients[75].

Après avoir été limité essentiellement aux activités de consultation, le secteur privé a connu un développement rapide dans les années 1990, à la faveur de la promulgation de la loi

[72] La réforme consiste à déconcentrer la gestion hospitalière en application du principe de « subsidiarité » c'est-à-dire des décisions prises au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent.

[73] KAÏD TLILANE Nouara, FOUDI Brahim, « Défis et enjeux de la coordination à l'ère de la multiplicité des acteurs en santé : Analyse de l'expérience de la délégation de la prise en charge aux cliniques privées dans le domaine de la dialyse en Algérie.», Op-Cit.

[74] MEBTOUL Mohamed, «L'introuvable césure public-privé en Algérie : De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins », Autre part, vol. 29, no. 1, 2004, p.15.

[75] Même si la majorité des patients font partie des couches sociales aisées, des patients de conditions sociales modestes sont parfois contraints de recourir aux cliniques privées en empruntant à leur famille, parfois même jusqu'à se ruiner.

88-15 du 3 mai 1988 et du décret 88-204 du 18 octobre 1988, fixant les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privées[76].

Elles sont des établissements de soins qui peuvent être des sociétés de personnes physiques ou des personnes morales (EURL, SARL,…..). Aussi les cliniques peuvent être distinguées suivant la nature de leurs activités ; on y retrouve des cliniques avec des activités médicales et/ou chirurgicales. Comme nous retrouvons des structures de moindre importance telles que les cliniques de diagnostic assurant des activités d'explorations.

Auparavant, seule était autorisée l'exploitation de cabinets médicaux, de laboratoires d'analyse et de maternités. Des prestataires de soins privés se sont implantés progressivement sur l'ensemble du pays, même s'ils sont beaucoup plus nombreux dans les principales villes des wilayas du nord du pays (Alger, Oran, Annaba et Tizi-Ouzou). Le nombre de cliniques avec possibilité d'hospitalisation est passé de 2 en 1990 à 69 en 2004[77].

En 2010, 200 cliniques médico-chirurgicales et 115 cliniques d'hémodialyse ont été recensées. Sur les 200 cliniques, 75% sont des cliniques médico-chirurgicales avec hospitalisation et 20% représentent des cliniques médico-chirurgicales en ambulatoire. En ce qui concerne les cliniques médicales, 3% se sont des cliniques avec hospitalisation et 2% en ambulatoire. Le rythme de création des cliniques est spectaculaire d'une année à l'autre.

L'extension du secteur privé a agi sur la forte pression du corps médical qui s'est rapidement multiplié par une politique active de formation. Le nombre de médecins a plus que doublé en passant de 7 240 en 1991à 15 268 en 2003 (soit un accroissement de 110 %). En 2003, 44 % des médecins spécialistes et 34 % des généralistes exerçaient dans le secteur privé[78]. De 2007 à 2010, l'effectif des médecins généralistes a augmenté à un rythme faible passant de 6208 à 6315, soit en moyenne 65 nouvelles installation par an. Pour le corps des médecins spécialistes, l'effectif est passé de 5095 à 6208, soit 327 nouvelles installation.

Les écarts de rémunérations entre le secteur public et le secteur privé, surtout pour les spécialistes, font que de plus en plus de professionnels de santé choisissent d'exercer dans le privé (cf. Tableau 7).

[76] Ministère de la santé et de la population, « Développement du Système National de Santé : stratégie et perspectives», Mai 2001, p.22.
[77] Banque Mondiale, « République Algérienne Démocratique et Populaire : A la recherche d'un investissement public de qualité », Rapport N° 36270 – DZ, le 15 août 2007, p.164.
[78]Idem, p.165.

Tableau 7: Effectif médical dans le secteur privé (1992-2015)

Années	Médecins	Chirurgiens-Dentistes	Pharmaciens	TOTAL
1992	6 076	1 919	2 391	10 386
1993	6 843	2 105	2 611	11 559
1995	7 478	2 473	3 189	13 140
1996	7 700	2 561	3 419	13 680
1997	8 195	2 764	3 604	14 563
1998	8 699	2 901	3 948	15 548
1999	9 706	3 049	4 305	17 060
2000	10 325	3 346	4 587	18 258
2001	10 776	3 580	4 778	19 134
2002	11 401	3 747	4 995	20 143
2003	11 464	3 804	5 502	20 770
2004	11 982	3 987	5 860	21 829
2006	12 489	4 728	7 009	24 226
2008	13 193	4 803	7 513	25 509
2009	13 630	5 017	7 882	26 529
2010	14 255	5 223	8 329	27 807
2011	14 510	5 396	8 764	28 670
2012	15 322	5 441	9 177	29 940
2013	15 911	5 587	9 520	31 018
2014	16 770	5 928	9 794	32 492
2015	18 478	6 384	9 974	34 836

Source : Ould Abdeslam Sabrina, « Analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie », Thèse de doctorat en Sciences Economiques option Economie de la santé et développement durable, Université de Béjaïa, Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de gestion, Soutenu le 08/11/2018, p.57 pour 1992-2012 et ONS, la Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, « l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015 », N° 46, édition 2016, p.25 pour 2013-2015.

En 2015, l'effectif des professions de santé médical dans le privé est conséquent, il englobe un total de 34 836 praticiens soit : 11 001 Praticiens spécialistes ; 7 477 Praticiens généralistes ; 6 384 Chirurgiens-dentistes et 9 974 Pharmaciens[79] répartis dans des infrastructures privées de soins[80] (cf. Tableau 8).

[79] Le recensement de ce personnel médical ne concerne que les praticiens qui exercent au niveau des cabinets et des officines pharmaceutiques privées.
[80] MSPRH, Direction des études et de la planification.

Tableau 8: Le nombre des infrastructures privées en 2015

infrastructures privées	**Nombre**
cliniques médicales	23
cliniques médico-chirurgicales	237
cliniques de diagnostic	32
centre d'hémodialyse	145 (1 741 reins disponibles)
cabinets de groupe	600
cabinets de spécialistes	8 352
cabinets de généralistes	6 910
cabinets de chirurgie dentaire	6 144
officines pharmaceutiques	9 962

Source : Réalisé par nos soins d'après les données du MSPRH, Direction des études et de la planification.

Comparativement au secteur public, l'exercice médical moderne repose de plus en plus sur des équipements perfectionnés qu'il s'agisse du diagnostic ou de la thérapeutique. Le secteur privé dispose d'une part significative des équipements d'imagerie médicale, surtout les plus coûteux, en 2000, il possédait 89% des scanners, 45% des échographes et 17% des appareils de radio en état de marche. Il disposait également de 14% des blocs chirurgicaux. L'investissement dans ce qu'il est convenu d'appeler le «plateau technique» représente bien une option stratégique dans la constitution de la clinique privée qui opère à partir des dysfonctionnements du secteur étatique de santé, caractérisé aujourd'hui par une logique de pénurie[81].

Contrairement aux structures de soins privées les structures parapubliques sont en diminution d'année en année, en 2015 on comptabilise, 627 Centres médico-sociaux et 903 Agences Pharmaceutiques de l'Etat. Le personnel médical exerçant au niveau du parapublic représente 1 481 praticiens dont : 82 Médecins spécialistes, 721 Médecins généralistes, 296 Chirurgiens-dentistes et 32 Pharmaciens et le personnel paramédical englobent 1 482 paramédicaux qui se répartissent par corps en : 795 diplômés d'état, 454 Brevetés et 233 Aides paramédicaux[82].

[81] MEBTOUL Mohamed, 2004, op cit, pp.19-20.
[82] MSPRH, Service des Ressources Humaines.

La liberté du choix des prestations, de nature diagnostique ou thérapeutique a de tout temps été la base de la médecine générale et de la médecine libérale en particulier. Cette liberté prescrit l'obligation aux médecins de mettre en œuvre des moyens thérapeutiques et diagnostiques nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de leurs patients. Toutefois, cette liberté a pour effet d'augmenter les dépenses de santé[83].

Les nouvelles orientations dans ce domaine s'inscrit dans la recherche d'une plus grande responsabilisation des médecins et d'une plus grande participation des patients. Ces nouvelles conventions visent à amener ces acteurs à une prise de conscience de la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé est une amélioration de la qualité des prestations.

2.2. L'hôpital au cœur du renforcement du secteur privé

L'ouverture du secteur privé aux médecins du secteur public a renforcé son attractivité et a pu modifier les comportements des médecins dans leurs stratégies d'offre de travail en lien avec des motivations essentiellement financières. La rémunération à l'acte prévalant dans le secteur privé permet aux médecins du secteur public d'élaborer des stratégies de recherche d'activité pour augmenter leurs revenus.

Ce double investissement professionnel n'est plus aujourd'hui un phénomène à la marge ou exceptionnel. On peut donc être Kinésithérapeute à l'hôpital et exercer parallèlement dans une clinique privée. On peut être responsable d'un service hospitalier de chirurgie, tout en étant plus disponible pour assurer des actes opératoires dans un espace sanitaire privé. La captation du personnel de santé de l'hôpital par les nouveaux investisseurs du secteur privé, n'est donc pas sans liens avec des dysfonctionnements des structures publiques de santé.

La nouvelle formule de la double activité s'inspire du modèle français dénommé « l'activité libérale dans les établissements publics de santé ». Il s'agit de la faculté offerte, dans un cadre défini par la loi, à certain médecins de statut hospitalier, de délivrer des soins dans les conditions de la médecine de ville au sein des établissements publics de santé dans lesquels ils exercent, en contrepartie d'une redevance pour service rendu. L'activité privée à l'hôpital ne doit pas dépasser 20% de son activité globale.

En Algérie, la double activité des médecins du secteur public est régie par deux dispositifs législatifs :

[83] BOELEN Charles, PERROT Jean, « La médecine libérale et la contractualisation », Edition Karthala, 2005, p.330.

- Le décret exécutif n°99-236 du 19 octobre 1999[84], connus sous le nom de l'activité complémentaire.

- La circulaire n° 001 MSPRH/MIN du 31 mars 2010, connus sous le nom de l'activité lucrative.

L'activité complémentaire **(ANNEXE 1)** permet sous certaines conditions aux médecins spécialistes hospitalo-universitaires et de santé publique jouissant de cinq années d'ancienneté d'exercer en parallèle dans le secteur privé à raison d'une journée par semaine. Olivier de Sardan insiste sur ce qu'il appelle le «syphonnage» du public par le privé qui atteint des sommets, que ce soit par la «fuite» des matériels des hôpitaux vers les cliniques, avec le détournement massif de médicaments, avec l'absentéisme au travail au profit des consultations en ville ou le détournement de clientèle, etc. Certaines formes de syphonnage existent en Europe, parfois officialisées ou tolérées (les lits privés dans les hôpitaux publics); en Afrique, où elles n'ont guère de limites, elles rendent le secteur public encore plus vulnérable et démuni[85].

Ces dysfonctionnements et les logiques sociales déployées par les responsables de l'hôpital contribuent en partie aux transformations du champ de la santé, et en particulier, à la montée importante de la privatisation de la santé ; d'où l'intérêt de construire de nouveaux objets de recherche en partant de la marchandisation du domaine des soins[86].

3. Les mesures concourant à l'amélioration de l'efficacité du système de santé public

pour élargir l'offre de soins de santé, qu'il soit de base ou d'intervention médicale plus spécifique (médecine préventive, prise en charge de plus en plus élargie de certaines pathologies traditionnellement pourvoyeuses de transfert à l'étranger), le secteur de la santé a bénéficié d'un vaste programme d'extension de l'offre que ce soit dans le cadre du programme de soutien à la relance économique (PSRE) en 2001 et du programme complémentaire de soutien à la croissance (PCSC) de 2005. Une analyse rétrospective des moyens financiers mis à la disposition du système montre la nette progression de l'investissement consenti par l'Etat (cf. Figure 3).

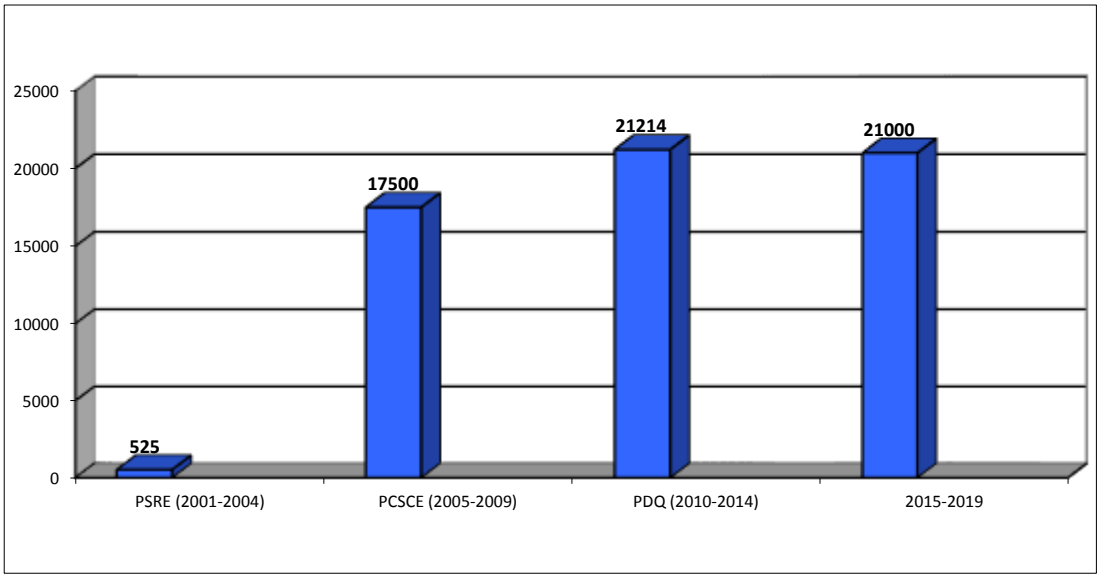
---

[84] Le décret autorise tout spécialiste du secteur public à exercer deux demi-journées par semaine au sein du secteur privé ou para-public. Mais il faut préciser qu'antérieurement au décret, nombre de spécialistes avaient investi activement le secteur privé sous des formes multiples (remplacement de médecins privés, réalisation d'actes opératoires dans les cliniques pour des patients consultés bien souvent à l'hôpital, etc.).

[85] OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, «Le soignant face au soigné anonyme en Afrique», Santé Publique et Sciences Sociales, 2002, n° 8-9, p.114.

[86] MEBTOUL Mohamed, 2004, op cit, p.19.

Figure 3: Les plans d'investissements publics 2001-2019 (en milliards de dinars)



Source : MESSAÏLI Moussa, «Dépenses publiques de santé, santé de la population et croissance économique en Algérie », Thèse de doctorat, Université de Béjaïa, Faculté des Sciences Économiques, Commerciales et des Sciences de Gestion, Spécialité Économie Managériale, Soutenue le 10/05/2018, p. 99.

Le premier plan d'investissement public est le programme triennal de Soutien à la Relance économique (PSRE), qui a mobilisé une enveloppe de 525 milliards de dinars (l'équivalent de 7 milliards dollars US) sur la période 2001-2004. L'objectif affiché de ce programme est d'instaurer une dynamisation de l'économie nationale susceptible de relancer un processus de développement durable[87] et la construction de 14 hôpitaux pour un montant de 12 878 462 000 DA. Durant la période 2005-2009, le secteur de la santé a bénéficié de 258 666 171 000 DA d'investissement public pour la réalisation d'un total de 156 hôpitaux et 232 structures de proximité et du programme du plan quinquennal 2010-2014 qui a prévu une enveloppe de 95 891 715 000 DA pour la réalisation de 120 hôpitaux et 171 structures de proximité[88].

Le plan directeur du secteur de la santé sur la période 2009-2025 prévoit des investissements de 20 milliards d'euros pour la construction de nouvelles infrastructures sanitaires, la modernisation des hôpitaux existants et également augmenter la capacité d'accueil des structures sanitaires en les doublant d'ici à 2025. Durant la dernière décennie, le

[87] MESSAÏLI Moussa, «Dépenses publiques de santé, santé de la population et croissance économique en Algérie », Thèse de doctorat, Université de Béjaïa, Faculté des Sciences Économiques, Commerciales et des Sciences de Gestion, Spécialité Économie Managériale, Soutenue le 10/05/2018, p. 98.
[88] MSPRH, « Les réformes en santé : évolution et perspectives », Alger, décembre 2015, p.42.

système national de santé a bénéficié d'investissement très important, le budget a été multiplier par 4[89].

Au titre de la mise en œuvre du programme d'investissement planifié, le nombre des infrastructures de la santé en cours de réalisation en 2015 est de 602 établissements avec une capacité de 22831 lits [90](cf. Tableau 9).

Tableau 9: Etat des infrastructures de la santé en cours de réalisation au 31/12/2015

Infrastructures	**Nombre d'établissement**
CHU	07
Hôpitaux	119
EHS	23
Pavillon de traumatologie	01
Institut du cancer	01
Service de radiothérapie	02
Complexe mère et enfant	19
Maison pour diabétique	01
Centre d'Alzheimer	01
Polyclinique	250
Salle de soin	09
CAC	12
Centre d'hémodialyse	29
UMC	30
Laboratoire d'hygiène	02
CIST	08
IPA	08
CTS	11
SAMU	03
Centre d'imagerie	01
Centre de désintoxication	02
Station de contrôle	06
Service de psychiatrie	02
Service d'Oncologie	02
Institut para médicale Africain	01
EFPM	27
Siège DSP	25

Source : Réalisées par nos soins à partir de l'annuaire statistique de 2016 (données de 2015).

[89] Colloque international sur les politiques de santé ; Le système national de santé, 1962 à nos jours, par le Pr Chachoua ; Alger, les 18 et 19 janvier 2014.
[90] MSPRH, Annuaire statistique de 2016 (données de 2015).

Malgré l'amélioration de l'offre de soins, l'hôpital public est confronté à des difficultés de gestion et à de sérieuses contraintes financières. L'absence plus ou moins prononcée de médecins spécialistes liés à la faiblesse très importante de la maintenance due essentiellement aux manques de pièces de rechange et aux cadences élevées dans leur utilisation à conduit à des taux de panne élevés des équipements médicaux. Une politique de maintenance appropriée fait défaut (cf. Tableau 10).

Tableau 10: Etat des équipements médicaux hospitaliers en 2015

Equipements	**E.H / E.P.H**		**C.H.U / E.H.U**		**E.H.S**	
	M	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**
Techniques opératoires	1940	147	1422	66	340	18
Stérilisation et désinfection	2391	374	794	58	481	39
Exploration fonctionnelle	2531	393	919	67	301	31
Imagerie médicale	1586	188	590	48	304	37
Anesthésie soins intensifs	7490	1268	3447	303	2234	184

Source : MSPRH. Direction des études et de la planification, statistiques sanitaires années 2015.

Les expériences des contrats de maintenance des équipements médicaux avec l'ex ENEMEDI ou SIDAL et aujourd'hui avec le privé sont des exemples mais il reste à en évaluer les performances et les coûts réels.

Les instructions données par Monsieur le Ministre lors des rencontres régionales d'évaluation (Oran –Constantine-Annaba-Alger) en **2015** sont de[91] :

- veiller à l'utilisation de l'ensemble des équipements médicaux disponibles, et la réaffectation, au besoin, en fonction de l'activité et des compétences disponibles,
- Assurer de façon pérenne la maintenance des équipements médicaux,
- Veiller à inclure dans les cahiers des charges pour l'acquisition des équipements médicaux, des clauses relatives, d'une part, à une garantie minimale de 36 mois et, d'autre part à un service après-vente de 10 ans avec disponibilité des pièces de rechange et de consommable nécessaire,
- Procéder à la régularisation de la situation administrative des ingénieurs et techniciens en maintenance exerçant au niveau des structures de santé,

[91] MSPRH, Synthèse des décisions prises et instructions données par Monsieur le Ministre lors des rencontres régionales d'évaluation (Oran –Constantine-Annaba-Alger), 2015, pp.10-11.

- prévoir des postes budgétaires nécessaires pour le recrutement de personnels chargés de la maintenance,
- Procéder à la réforme des équipements hors d'usage après expertise et conformément à la réglementation en vigueur,
- Préparation des plans d'équipements annuels et /ou pluriannuels et les faire valider par l'administration centrale.

Un système de santé sans réel pilotage et sans cadre organisationnel ouvre la porte à des pratiques informelles et anti-éthiques (mauvais usage de ressources), qui deviennent des normes de comportements. Des politiques pertinentes devraient être mises en œuvre pour maintenir un service public de qualité et accessible, encadrer le développement du secteur privé et prévoir des passerelles entre les deux secteurs.

L'Algérie est confrontée à une forte hausse des besoins en matière de santé, qui nécessitent des efforts soutenus pour maîtriser les dépenses. La pression des impératifs d'efficacité économique s'accentue, sous l'effet de l'augmentation des dépenses de santé liée à une série d'évolutions inéluctables : croissance démographique, transition épidémiologique, progrès technique de la médecine, extension de la médecine privée,… En outre, l'Algérie fait face à des attentes fortes de sa population qui demandent l'accès aux soins de qualité au moindre coût.

L'amélioration de la santé n'est pas facile à mesurer. Cependant, il est possible de l'apprécier par l'évolution des maladies et les causes de la mortalité qui touche la population. « C'est le défaut de santé d'une société -morbidité et mortalité- que l'on peut facilement saisir, et non la santé elle-même »[92].

Section 3 : Le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle

En plus de ses fonctions traditionnelles qui se résument dans le lieu d'urgence, de haute technicité ou se diffusent les dernières technologies, d'enseignement et de recherche ; l'hôpital en Algérie lui est dévolu une fonction assez sensible qui se trouve au cœur d'une révolution idéologique économique et sociale qui fait de la santé un droit à toute la population sans aucune discrimination et au frais de l'Etat seulement.

Cependant la société algérienne s'est transformée, son mode de consommation a changé, et sa demande en matière de santé s'est accrue. Les défis sont nouveaux. En

[92] DIRABI Mhammed, « Les dépenses publiques de santé au Maroc : Leur rôle dans le développement du système de santé publique », Thèse de Doctorat de 3ème cycle, Université de Poitiers, Faculté de Droit et des Sciences Sociales, 9 Décembre 1987, p.167.

témoignent la transformation démographique et l'apparition des maladies qui prennent des proportions alarmantes. Des affections qui coûtent très cher et que la médecine gratuite peine à prendre en charge ; des exigences nouvelles que le secteur de la santé n'arrive pas à satisfaire convenablement. La double transition épidémiologique et démographique est la résultante des effets conjugués du développement national et de l'amélioration de la couverture sanitaire.

1. Une transition démographique

La dynamique démographique d'une population est l'une des déterminants de ses besoins de prise en charge en soins et une conséquence de son état de santé.

Le facteur primordial de la demande est la démographie, puisque les dépenses de santé sont avant toute chose proportionnelle à la population. La taille de la population n'est toutefois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé. En effet, la consommation des biens de santé n'est pas uniforme tout au long de la vie, en particulier elle est plus forte aux âges élevés.

Les deux effets démographiques : croissance de la population d'une part, déformation de la pyramide des âges d'autre part sont toujours pris en compte dans la projection à long terme des dépenses de santé. Nous allons mettre en avant quelques indicateurs démographiques attestant la transition démographique que connaît l'Algérie et notamment l'espérance de vie à la naissance, un indicateur clé pour mesurer l'état de santé d'une population.

1.1. Évolution de la population

La population algérienne se caractérise par une densité de population déséquilibrée avec une forte concentration sur la bande littorale et une évolution rapide de l'urbanisation. En effet, les zones urbaines et périurbaines telliennes du nord du pays, qui n'occupent que 4 % du territoire national, sont les plus peuplées (80 % de la population)[93].

L'Algérie compte en 2013 environs 38,29 millions d'habitants. Avec 9 millions d'habitants (dont 85% de ruraux) en 1962 le nombre à plus que quadruplé. La population résidente totale a connu un accroissement naturel de 795 000 personnes, soit une régression de 14 000 par rapport à l'année précédente. Le taux d'accroissement naturel est passé ainsi de 2,16% à 2,07%. Ce fléchissement est imputé à la baisse significative du volume des

[93] MSPRH, Direction de la Prévention, Comité National de Lutte contre les IST/VIH/sida, Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2008-2012, Elaboré en juillet 2008 Révisé en mars 2009, pp.15-16.

naissances vivantes associée à un recul relativement modéré du volume des décès (cf. Tableau 11).

Tableau 11: Accroissement de la population (2008-2015)

Année	2008[94]	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population totale (en milliers)	34 591	35 268	35 978	36 717	37 495	38 297	39 114	39 963
Accroissement naturel (en milliers)	663	690	731	748	808	795	840	858
Taux d'Accroissement Naturel (en %)	1,92	1,96	2,03	2,04	2,16	2,07	2,15	2,15

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de l'ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultat 2011-2013, N°44, édition 2014 et du MSPRH direction de la population.

La population totale résidente pourrait compter en 2025 près de 45 millions d'habitants, correspondant à un taux d'accroissement annuel moyen de 1,6%. En 2050 l'Algérie atteindra 73,4 millions d'habitants[95].

1.2. Structure de la population

L'estimation de la structure par âge fait ressortir que[96]:

- La part de la population âgée de moins de cinq ans continue sa progression, passant de 11,2% à 11,4% entre 2012 et 2013.

- La part de la population âgée de moins de 15 ans connait elle aussi une remontée, passant de 27,9 % à 28,1% durant la même période.

- La population en âge d'activité (15 à 59 ans) continue d'enregistrer une régression, passant ainsi de 64,0% à 63,6%, entre 2012 et 2013.

La répartition de la population par tranche d'âge montre une tendance à un rééquilibrage de la pyramide des âges. Il est à noter, que le dynamisme enclenché au début des années 2000[97]par la reprise du volume des naissances, dû à la progression sans précédent du nombre de mariages entre 2000 et 2009, passant de 163 126 à 341 321 associé à la transition

[94] Le dernier recensement de la population et de l'habitat remonte à 2008. Les données après 2008 sont des estimations de l'ONS.
[95] BOULAHBAL Bachir, Op-cit, p.3.
[96] Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, ONS, N°658, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE-2013- réalisé en Mars 2014.
[97] Il a été constaté un accroissement des naissances durant la période 2000 à 2009. En effet celui-ci passe de 589 000 en 2000 à 849 000 en 2009 après avoir connu une baisse de 1985 à 2000.

démographique entamée à la moitié des années quatre-vingt ont conduit à des modifications marquées par un rétrécissement des catégories les plus jeunes[98].

Cette situation s'accompagne d'une augmentation progressive de la population âgée de 60 ans et plus qui passe de 6,6% en 1998 (1.929.000) à 8,1% en 2012 et à 8,3% en 2013, soit un volume de 3 188 000 personnes. La population âgée attendue dans les prochaines années sera différente de l'actuelle essentiellement par son niveau d'instruction et ses qualifications professionnelles, et sera plus «exigeante» en matière de services de santé et de soins[99].

La tranche des personnes âgées atteindra 9% de la population en 2020[100]. Dans les pays utilisant un système de répartition, le vieillissement de la population entraîne une réduction des recettes tirées des cotisations et une hausse des dépenses. Ainsi, compte tenu de l'augmentation du recours aux soins en fonction de l'âge, le vieillissement devrait avoir un impact sur l'activité hospitalière, sa structure, et sur le coût du système hospitalier. La santé des personnes âgées constituera un défi auquel sera confronté le système de santé. Par ailleurs, pour que la production économique nationale reste stable, il faut que la diminution de la proportion de la population d'âge actif soit compensée par une accélération de la productivité et une hausse du taux d'activité dans le secteur formel[101].

1.3. Mortalité et espérance de vie à la naissance

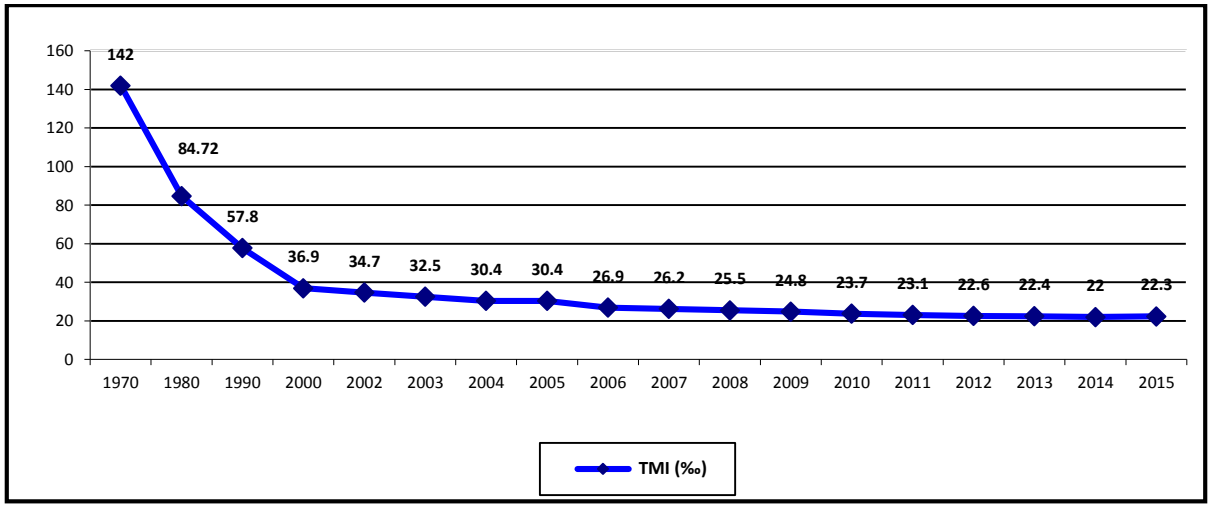
Le volume des décès a atteint 168 000 en 2013, soit une baisse relative de 1,1 % par rapport à 2012, et qui s'est traduite par une régression du taux brut de mortalité qui est passé de 4,53 ‰ à 4,39‰ entre 2012 et 2013[102].

Concernant le volume des décès de moins d'un an, il a atteint 21 586 en 2013, soit une légère baisse par rapport à l'année précédente, ceci a conduit au recul du Taux de Mortalité Infantile (TMI), estimé à 0,2 point, pour atteindre 22,4‰. Cette baisse peut être considérée assez modérée comparativement au rythme enregistré par le passé[103] (cf. Figure 4).

---

[98] MOKADDEM Ahmed, KHAROUFI Mostafa, « Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'Algérie 2007-2011 », p.13.
[99] Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, ONS, N°658, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE-2013- réalisé en Mars 2014.
[100] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), « Projection du développement du secteur de la santé : Perspective décennale »Juillet-2003, p.25.
[101] Dans certains pays, l'attitude à l'égard des concepts de retraite et de «vieillesse» a évolué, l'âge légal de la retraite ayant été remplacé par un âge flexible de la retraite.
[102] Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, ONS, N°658, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE-2013- réalisé en Mars 2014.
[103] Idem.

Figure 4: Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)



Source : Réalisé par nos soins d'après les données de l'ONS, Données statistiques n° 227 ; ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultat 2011-2013, N°44, édition 2014 et ONS, démographie algérienne 2012-2015.

Le taux de mortalité infantile est passé de 142‰ en 1970 à 22,0‰ en 2014. Le TMI a enregistré une baisse certes, mais avec un rythme relativement lent, soit une régression moyenne estimée à 0,6 point par an. A l'horizon 2015, le taux a augmenté pour s'établir à 22,3‰, pour un objectif OMD fixé par la communauté internationale à 15,6‰[104].

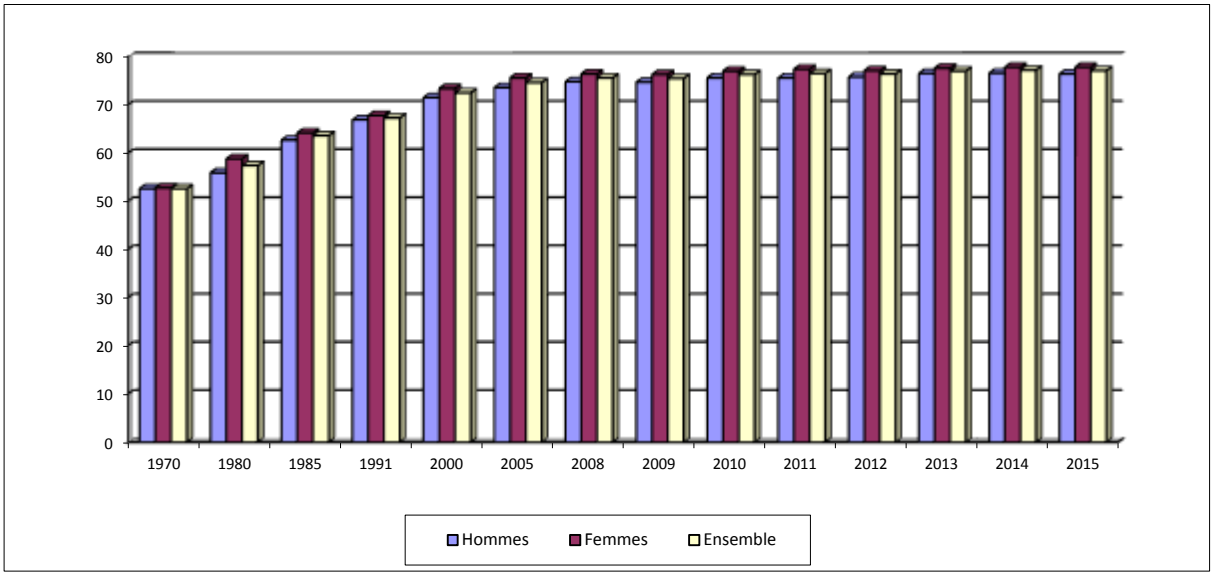
Par contre la mortalité infanto-juvénile (la probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans exprimé par le quotient), a connu une stagnation entre 2012 et 2013 due à la diminution très modérée du niveau de mortalité infantile associé à une augmentation du quotient de mortalité des 1-4 ans, qui est passé de 3,5‰ à 3,7‰ durant cette même période.

Au plan mondial, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a chuté de près de 50 %, passant de 90 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 48 en 2012. Les maladies évitables constituent la principale cause de décès des enfants de moins de cinq ans, et des actions appropriées doivent être entreprises pour remédier à cette situation[105].

Le recul de la mortalité (en particulier la régression de la mortalité infantile) et l'amélioration des conditions de vie ont eu pour résultante l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance des algériens comme le montre la figure ci-dessous.

[104] Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Rapport 2014, NATIONS UNIES, p.36.
[105] Idem, p.24.

Figure 5: Espérance de vie à la naissance (en années)



Source : Réalisé par nos soins d'après les données du Ministère des finances, Direction Générale du Budget, « Le soutien de l'Etat au développement humain en Algérie, rétrospective et état des lieux 1999-2003 »; ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultat 2011-2013, N°44, édition 2014 et ONS, démographie algérienne 2012-2015.

L'espérance de vie à la naissance passe de 52,6 ans en 1970 à 77,1 ans en 2015. Cette augmentation a pour corollaire l'augmentation des chances de survie à des âges avancés et le vieillissement progressif de la population. Par ailleurs et finalement les maladies de la jeunesse sont remplacés par des maladies dégénératives, plus coûteuse à terme. L'impact mécanique du vieillissement sur les dépenses doit être cependant complété par l'analyse des modes de soins pour chaque âge. En outre, les effets de génération dans le recours au système de soins doivent être pris en compte.

LEFEVRE remarque qu'il existe une corrélation assez étroite entre le nombre de médecins et l'espérance de vie. Il note aussi qu'une fois que sont assurés les services préventifs et certaines thérapeutiques d'urgence, la mortalité dépend moins du nombre de médecins que de leur qualité, de l'équipement médical et du genre de vie des habitants[106].

L'expérience tunisienne de transition démographique est exemplaire. En 1966, l'indice synthétique de fécondité, à sept enfants par femme, situait la Tunisie au niveau des autres pays arabes et africains. Ce ratio est passé à cinq en 1980, puis à trois au début des années 1990 et, enfin, à deux dans les années 2000, ce qui situe la Tunisie parmi les pays à transition démographique rapide. Cette évolution est le fruit de la politique de la famille engagée dès

[106] DIRABI Mhammed, Op-cit, p.158.

l'indépendance avec l'adoption du Code du statut personnel de 1956 qui, en modifiant les conditions du mariage, a contribué à retarder l'âge du mariage. L'adoption de ce code a été accompagnée d'une généralisation de la contraception à une époque où de nombreux pays en développement y étaient encore opposés[107].

2. Une transition épidémiologique

La transition épidémiologique qu'a connue le pays se traduit par un poids de plus en plus lourd des maladies non transmissibles (MNT) sur le système national de santé, en particulier les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques.

La transition épidémiologique est principalement causée par le changement du mode de vie du fait des efforts de développement (l'urbanisation de la population, la pollution, la mauvaise alimentation, la sédentarisation, le tabagisme et l'alcool).

D'un point de vue épidémiologique, le pays est confronté à la fois aux priorités sanitaires des pays en développement et à celles des pays développés. La situation épidémiologique de la population algérienne qui se caractérise par une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies transmissibles prévalentes au lendemain de l'indépendance (maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses)[108]**,** se trouve confrontée de nouveau à ces mêmes maladies. Le recul de l'hygiène publique, la non maîtrise de la gestion des déchets urbains, la précarité de l'habitat et de l'état nutritionnel des couches de la population les plus démunies font que les maladies à transmission hydrique et zoonoses persistent voire même connaissent une recrudescence importante.

Ces maladies qui semblaient jusqu'alors être des maladies contrôlées et pour certaines complètement éradiquées réapparaissent de nouveau.

2.1. Les Maladies Transmissibles

Les maladies transmissibles sont en nette régression sous l'effet conjugué du développement national et de l'amélioration de la couverture sanitaire.

---

[107] LAUTIER Marc, « Les exportations de services de santé des pays en développement : le cas tunisien », Université de Rouen, Département de la recherche, Décembre 2005, p.24.

[108] 1964 : Création de l'Institut national de santé publique ; Etablissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ». 1965 : Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé.

Certaines affections ont été éradiquées. D'autres se manifestent encore sous une forme endémo-épidémique et la surveillance sanitaire doit être renforcée notamment pour ce qui concerne les maladies émergentes et réémergentes.

Les résultats sont probants pour les maladies transmissibles contrôlables par la vaccination. La couverture vaccinale a permis de dépasser le seuil recommandé par l'OMS (90%), elle est de 99% pour le BCG, 96% pour le DTC polio et 92% pour la rougeole. Il existe une volonté politique affichée. Elle s'est inscrite dans le cadre des engagements internationaux de l'Algérie (OMD[109], déclaration d'UNGASS (Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida), Trois Principes, Accès Universel). Ces engagements ont permis de mettre en place des bases solides, notamment la constitution du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, pour permettre aux pays à revenus faibles ou intermédiaires de disposer de fonds supplémentaires.

❖ **La Tuberculose**

Même si la lutte contre la tuberculose a fait d'importants progrès (43 millions de vies sauvées depuis 2000) la bataille dans le monde continue. Chaque jour, plus de 4000 personnes meurent de cette maladie infectieuse.

En Algérie, la tuberculose est la première maladie à bénéficier d'un programme de dépistage et de soins gratuits dès 1969. Le taux d'incidence de la maladie, toutes formes confondues, est passé de 150 cas pour 100 000 habitants en 1975 à 53,2 en 1981 et à 22,4 en 1992[110]. En effet, dès l'indépendance, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des stratégies afin de combattre ce fléau. Le Programme national pour la période 2006–2015 a pour objectif de stopper l'augmentation de l'incidence de la tuberculose et commencer à la réduire dans tous les secteurs sanitaires du pays (cf. Tableau 12).

[109] 189 États Membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.
[110] MSPRH, Direction de la Prévention, Service Tuberculose.

Tableau 12: Nombre de cas de Tuberculose en Algérie

Année	Tuberculose toutes formes	Tuberculose Pulmonaire (TP)	Tuberculose Extra Pulmonaire (TEP)	tuberculose à localisation non précisée
2007	20 589	10 209	10 284	96
2008	19 375	9 676	9 599	100
2009	18 526	9 034	9 421	71
2010	21 786	10 321	11 356	109
2011	21 887	10 033	11 728	126
2012	21 413	9 393	11 956	64
2013	21 973	9 275	12 601	97
2014	22 449	8 892	13 431	126
2015	23 562	8 591	14 873	98

Source : MSPRH, service maladies transmissibles.

En 2015, l'incidence est de 59,2 cas pour 100 000 Hab pour la tuberculose toute forme confondue, 16,9 cas pour 100 000 Hab pour la tuberculose pulmonaire à microscopie positive et 38,4 cas pour 100 000 Hab en ce qui concerne la tuberculose extra pulmonaire. Cette inversion de la tendance s'est traduite par la diminution de près de 10 points de l'incidence des cas de tuberculose pulmonaire contagieuses et la baisse relative de l'incidence de la tuberculose toutes formes confondues. Néanmoins, il est observé la persistance d'un niveau relativement élevé de l'incidence déclarée des cas de tuberculose extra pulmonaire (cf. Tableau 13).

Les efforts doivent être maintenus par l'amélioration de la surveillance épidémiologique, par la généralisation des nouvelles technologies d'information et de communication et par la déclaration électronique des cas.

Tableau 13: Incidence de la tuberculose en Algérie (2002-2015)

Année	Incidences		
	TPM+	TEP	TB
2002	26,9	28,1	60,9
2003	27,3	28,7	62,8
2004	26,0	29,7	63,2
2005	26,6	31,3	65,5
2006	26,2	31,4	65,2
2007	25 ,8	31,4	63,3
2008	25,2	28,2	58,6
2009	24,5	32,4	63,3
2010	23,1	32,7	60,7
2011	21,7	33,3	59,9
2012	19,4	32,7	56,7
2013	18,6	31,1	53,5
2014	17,2	35,4	57,2
2015	16,9	38,4	59,2

Source : Réalisé par nos soins d'après les données du MSPRH, service maladies transmissibles.

Malgré l'amélioration globale des performances du PNT, les résultats restent encore insuffisants. L'évolution de la situation épidémiologique de la tuberculose, entre 2000 et 2015, s'inscrit dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement qui consistent à inverser la tendance de la tuberculose à l'horizon 2015

- **Le VIH**

Le sida continue d'être l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire de l'humanité. Le VIH continue de se propager à une vitesse bien supérieure à celle à laquelle des mesures sont prises au niveau international.

La gravité de l'épidémie qui affecte tous les continents, particulièrement les plus pauvres, ainsi que ses conséquences actuelles et prévisibles sur l'équilibre social et politique

des Etats, justifient un engagement majeur de tous les pays. Les «Trois principes» relatifs à la coordination des actions menées pour lutter contre le sida et les recommandations de l'Équipe spéciale mondiale pour le renforcement de la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux dans la lutte contre le sida, se sont traduites par une utilisation plus efficace et efficiente des ressources. L'adhésion à cette Déclaration d'engagement s'inscrit également dans la volonté de chacun des États signataires d'atteindre l'objectif de développement pour le millénaire qui est de stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie de VIH et de sida d'ici 2015.

Davantage de ressources ont été mobilisées aux niveaux national et international. Les prix de certains médicaments contre le sida ont considérablement baissé et l'initiative « Trois millions de personnes sous traitement d'ici à 2005 » (3/5) a débouché sur une forte augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral[111]. L'Afrique subsaharienne avait à la fois la plus grande proportion de personnes vivant avec le sida et la plus grande augmentation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral. Ce traitement a permis d'éviter 6,6 millions de décès liés au VIH/sida dans le monde, entre 1995 et 2012, dont 5,4 millions de décès dans les régions en développement[112]. Fin 2015, 17 millions de personnes ont été mises sous antirétroviraux dans le monde, soit 2 millions de plus que fin 2014[113]. Le monde a atteint l'objectif consistant à faire bénéficier d'un traitement antirétroviral 15 millions de personnes d'ici à fin 2015.

L'Algérie a constitué un modèle en termes de réponse à l'épidémie au VIH dans la région de l'Afrique du Nord et Moyen Orient (MENA) dès le début puisque dès les premiers cas en 1985, la lutte contre le sida a constitué une des priorités de santé publique en Algérie.

L'engagement des autorités politiques nationales s'est traduit, principalement, par[114] :

- La création du CNLS et du LNR en 1989 ;
- L'instauration du contrôle obligatoire du don de sang et des dons d'organes en 1991 ;
- La création de l'Agence Nationale du Sang chargée de la sécurité transfusionnelle en 1995 ;
- Le début de la mise en place des CDR qui sont au nombre de 9 dès 1996 ;
- L'introduction des ARV avec accès gratuit et universel en 1998 ;

[111] MSPRH, Direction de la Prévention, Comité National de Lutte contre les IST/VIH/sida, Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2008-2012, Elaboré en juillet 2008 Révisé en mars 2009, p.13.
[112] OMD, Rapport 2014, NATIONS UNIES, p.36.
[113] Rapport de l'ONUSIDA, Global AIDS update 2016 (actualité du Sida dans le monde en 2016).
[114] MSPRH, Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2013 – 2015, p.11.

- L'engagement de l'Algérie pour la réalisation des OMD en 2000 ;
- L'affirmation solennelle par le Président de la République de l'engagement de l'Algérie à renforcer la lutte contre le VIH/sida respectivement à Abuja (Nigéria) puis à New York lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2001 ;
- L'engagement de l'Algérie pour la déclaration politique sur Accès Universel en 2006 ;
- L'engagement de l'Algérie pour la déclaration politique sur le VIH/sida adoptée en juin 2011.

Depuis 1990, le VIH/sida est à déclaration obligatoire en Algérie. Le nombre cumulé de cas, confirmés par le Laboratoire National de Référence (LNR) de 1985 au 31 décembre 2012 a atteint 6144 séropositifs et 1365 cas de sida; le nombre de nouveaux diagnostics semble marquer un lent ralentissement, ces dernières années, de 700 à 600 par an. Aucune région du territoire n'est épargnée[115].

L'évaluation du PNS 2002-2006 et du PNS 2008-2012 ont fait ressortir, parmi les faiblesses de la riposte nationale, l'absence de ligne budgétaire spécifique au VIH/SIDA dans les budgets des comités sectoriels gouvernementaux, dont celui de la santé et la participation quasi insignifiante du secteur privé. **500 nouveaux cas de sida ont été officiellement recensé du 1er janvier au 30 septembre 2016, alors que 10 319 cas vivent déjà avec le VIH/ Sida selon les statistique de l'année 2015**[116]. A noter par ailleurs que le pays a enregistré moins de 45 décès de personne atteinte de Sida en 2015 par rapport à 2014[117]. Le taux d'accès au traitement antirétroviral qui s'élève à 84% traduit la volonté des acteurs à mettre en place un agenda ambitieux pour mettre fin à la maladie.

L'Etat consacre annuellement des dépenses non négligeables dans la lutte contre le VIH et notamment dans la prévention[118], le dépistage et la prise en charge des PVIH. A travers le programme commun et les accords bilatéraux, le budget global du PNS 2013-2015 s'élève à 8 146 285 000 DZD soit 108 617 000 USD pour la période triennale soit légèrement plus de 36,2 millions USD par année. Cette dépense représente 2,9 USD par habitant pour l'ensemble des 3 années à venir. C'est un effort important par rapport aux autres maladies prévalentes mais qui peut servir d'exemple de planification de gestion et de stimulation d'un programme

[115] OMD, Rapport 2014, NATIONS UNIES, p.14.
[116] MSPRH, Direction des maladies transmissibles.
[117] L'Algérie s'est fixé l'objectif de mettre fin à l'épidémie de Sida à l'horizon 2030, conformément à l'objectif tracé par la communauté mondiale.
[118] Le Décret exécutif N° 12-116 du 18 Rabie Ethani 1433 (du 11 mars 2012) met en place le Comité National de Prévention et de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CNLS).

vertical tout en veillant à ne pas créer de déséquilibres entre les programmes et autres actions de santé[119].

❖ **Le Paludisme**

Le paludisme ou malaria (mot d'origine égyptienne) qui signifie air malsain, est une maladie parasitaire potentiellement mortelle qui est transmise par la piqûre de moustiques femelles infectés[120]. C'est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde et elle se caractérise par une mortalité et une morbidité importante car environs 3,2 milliards de personnes (près de la moitié de la population mondiale dans 97 pays) sont exposées au risque de paludisme[121]. Chaque année, la maladie est contractée par près de 214 millions de personnes, avec une issue fatale pour environ 438 000 d'entre elles. En Afrique, 75 000 à 200 000 enfants en bas âge meurent chaque année des suites de la maladie, contractée par leur mère pendant la grossesse[122].

La lutte contre le paludisme nécessite un engagement politique et financier durable de la part de la communauté internationale et des pays affectés, car environ 3,4 milliards de personnes risquent encore d'être infectées en causant dans les régions où la maladie est endémique, une réduction du produit intérieur brut de 0,25 à 1,3 %[123].

Une thérapie préventive, un diagnostic précoce et un traitement efficace ont permis de réaliser des progrès qui se reflètent déjà dans le monde par le taux de mortalité : entre 2000 et 2015, le nombre de cas de paludisme a baissé de 18 % et celui des décès de 48 % (6,2 millions de vies sauvées depuis l'an 2000)[124].

Le paludisme était un véritable problème de santé publique en Algérie[125]. Dès l'indépendance le gouvernement algérien envisagea l'application d'un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) appelé programme d'éradication du paludisme lancé en 1968 en coordination avec le Maroc et la Tunisie. On lui distingue quatre phases : phase préparatoire ; phase d'attaque ; phase de consolidation ; phase d'entretien.

---

[119] MSPRH, Rapport d'activité sur la riposte nationale au VIH/SIDA en Algérie, Période 2012-2013, p.8.

[120] Le paludisme se dévoile, à la fin du XIXe siècle. En 1897, c'est un médecin anglais, Ronald Ross, qui établit le rôle du moustique, comme vecteur du paludisme.

[121] Base de données de l'OMS.

[122] OMS, « Epidémiologie du Paludisme dans le monde et en Algérie », journées mondiale de lutte contre le paludisme « Elimination du Paludisme, ensemble vers la certification », Tamanrasset, Le 25 Avril 2017.

[123] Idem.

[124] Des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine constituent le traitement le plus efficace contre les infections causées par le P. falciparum, le parasite transmettant le paludisme le plus mortel.

[125] En 1860, le Dr Alphonse Laveran découvre, à Constantine, l'agent du paludisme. C'est l'hématozoaire, ou plasmodium. Une découverte fondamentale.

Le paludisme et toujours sous surveillance épidémiologique car la présence de la route transsaharienne et la position géographique du pays entouré par d'autre pays à forte endémicité représente un risque d'introduction des parasites (cf. Tableau 14).

Tableau 14: Classification des cas de paludisme (2000-2017)

Année	Cas	Importé	Autochtone	Rechute	Introduit	Non classé	Provoqué
2000	**541**	478	34	18	0	11	0
2001	**435**	382	6	41	2	4	0
2002	**307**	255	8	22	0	22	0
2003	**427**	394	5	18	1	9	0
2004	**163**	144	2	10	1	6	0
2005	**299**	289	1	4	1	4	0
2006	**117**	112	1	2	0	2	0
2007	**288**	245	26	1	0	15	1
2008	**196**	192	3	1	0	0	0
2009	**94**	90	0	1	0	2	1
2010	**408**	400	1	0	4	1	2
2011	**191**	187	2	0	2	0	0
2012	**887**	828	55	0	3	1	0
2013	**603**	587	8	1	6	1	0
2014	**266**	260	0	0	0	6	0
2015	**747**	729	0	0	18	0	0
2016	**432**	420	0	0	12	0	0
2017	**453**	445	0	1	7	0	0

Source : Algérie, « Objectifs du Millénaire pour le Développement », Rapport national 2000-2015 pour 2000-2010 ; ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultat 2011-2013, N°44, édition 2014 et Journées mondiale de lutte contre le paludisme : Epidémiologie du Paludisme dans le monde et en Algérie, Tamanrasset, Le 25 Avril 2017 pour 2014-2016 ; INSP, Service de référence du paludisme pour 2017.

La maladie est redoutable et mortelle et ce malgré des progrès thérapeutiques notables à travers le programme mondial de lutte(OMS) et le consensus Algérien de 2007[126]
(cf. Tableau 15).

[126] Le Consensus thérapeutique du paludisme est le processus de changement de molécules reposant sur l'introduction d'une combinaison thérapeutique antipaludique à base de dérivés d'artémisinine afin de renforcer leur efficacité et retarder l'apparition du phénomène de résistance.

Tableau 15: Classification des cas de paludisme par espèces parasitaires (2000-2017)

Année	P.Falciparum*	P.Vivax	P.Malariae	P.Ovale	Mixte	TOTAL CAS
2000	263	275	2	1	0	**541**
2001	247	181	6	1	0	**435**
2002	188	116	2	1	0	**307**
2003	313	111	2	1	0	**427**
2004	71	92	0	0	0	**163**
2005	242	57	0	0	0	**299**
2006	91	24	1	1	0	**117**
2007	261	24	3	0	0	**288**
2008	185	10	0	0	1	**196**
2009	88	6	0	0	0	**94**
2010	401	4	3	0	0	**408**
2011	179	12	0	0	0	**191**
2012	860	24	2	1	0	**887**
2013	550	30	23	0	0	**603**
2014	203	50	13	0	0	**266**
2015	689	38	20	0	0	**747**
2016	384	42	6	0	0	**432**
2017	385	64	3	1	0	**453**

*le plus fréquent, le seul qui tue.

Source : Journées mondiale de lutte contre le paludisme : Epidémiologie du Paludisme dans le monde et en Algérie, Tamanrasset, Le 25 Avril 2017 pour 2000-2016 et INSP, Service de référence du paludisme pour 2017

Si les ressources humaines et les infrastructures permettent actuellement de faire face aux différents besoins de la lutte contre les maladies transmissible, il reste à fournir sur le plan qualitatif et notamment de l'organisation, la formation, du suivi et l'évaluation de grands efforts pour la mise à niveau les divers acteurs et structures.

A cette situation s'ajoute l'émergence de maladies non transmissibles, « dites maladies modernes » à l'exemple des cancers, du diabète, des affections cardiovasculaires, des affections rénales, des affections neurologiques et respiratoires chroniques, pathologies graves et très lourdes à prendre en charge.

2.2. Les Maladies non Transmissibles

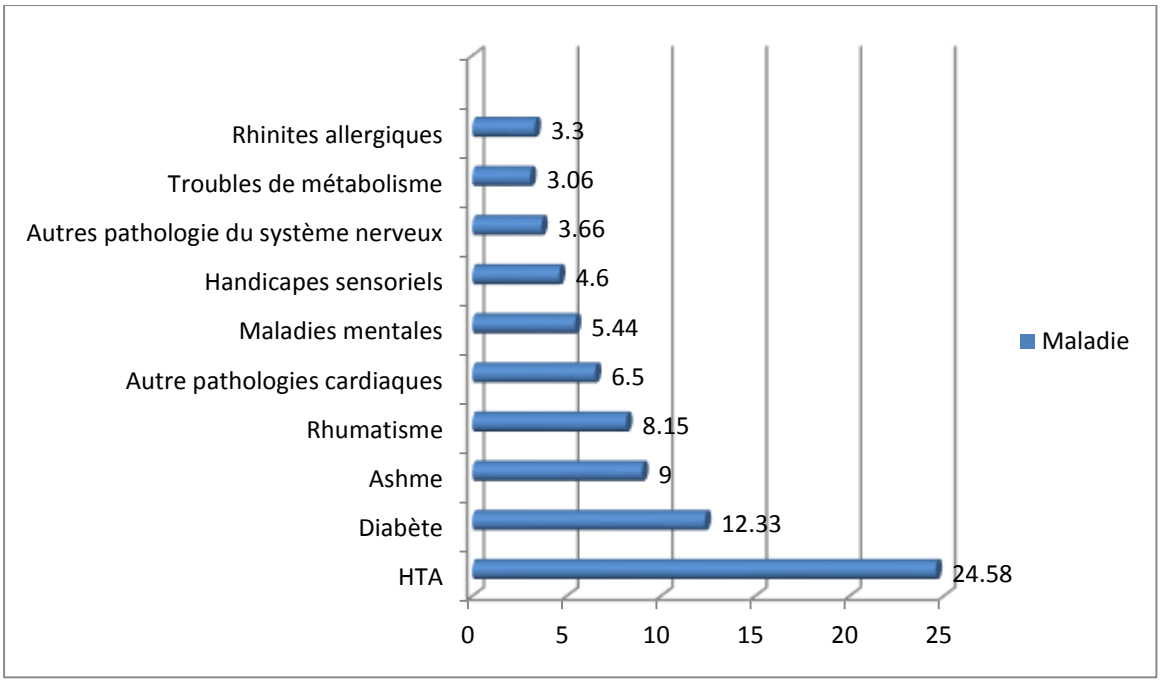
Favorisées par le bouleversement socio-économique récent, les maladies non transmissibles se distinguent par leurs coûts et leurs impacts grandissant sur la santé de la

population. C'est là un problème de santé publique qui préoccupe l'autorité sanitaire et qui nécessite des réponses adaptées, intégrées et complémentaires.

Les maladies non transmissibles représentent, aujourd'hui, 70% des causes de mortalité contre 20% il y'a vingt ans[127]. Ces maladies sont venues se greffer à celles déjà existantes en raison de l'augmentation de la population et surtout à son processus de vieillissement devenant un processus inéluctable en Algérie[128].

Les résultats de la dernière enquête menée par l'INSP en 2007 montrent que l'hypertension artérielle vient largement en tête des pathologies chroniques les plus fréquentes avec un taux de 24,58% (cf. Figure 6).

Figure 6: La prévalence des maladies chronique en % de la population totale en Algérie



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

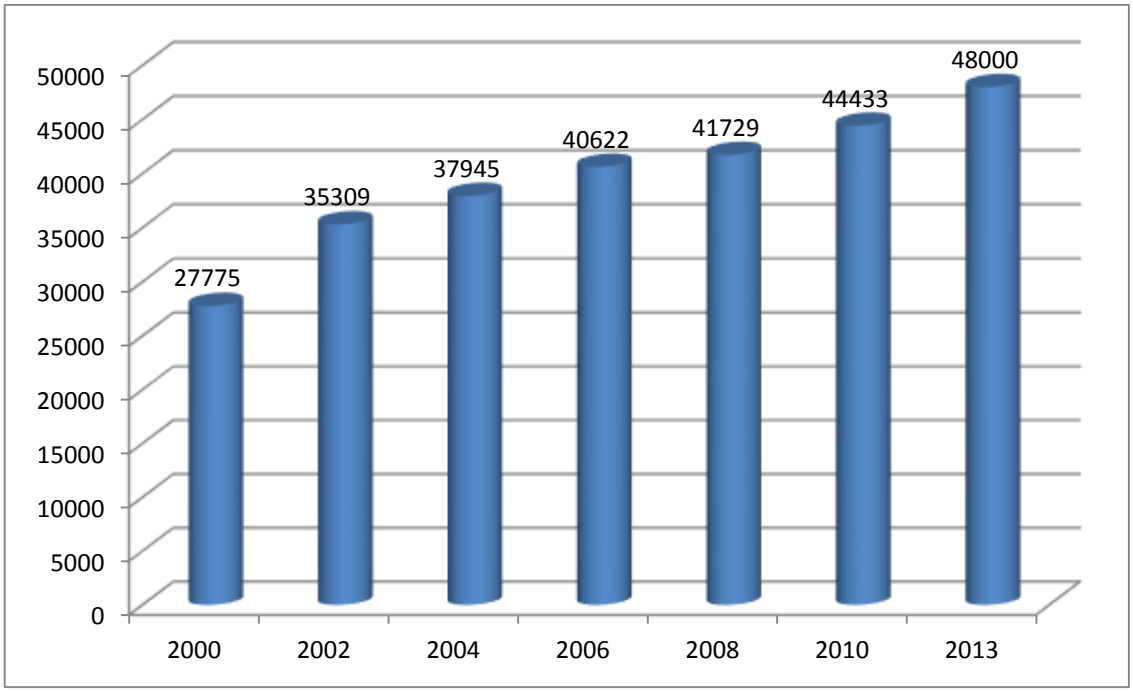
En 2015 avec une population de plus de 30 ans qui représente 47,6% de la population globale, on a : 4,77 millions d'hypertendus, et 2,34 millions de diabétiques[129]. Pour ce qui est du cancer, actuellement on comptabilise environ 45 000 nouveaux cas par an, avec 24 000 décès. Le taux de prévalence est passé de 80 cas pour 100 000 personnes dans les années 1990

[127] Direction de la Santé et de la Population (DSP) de la wilaya de Tizi-Ouzou, « Etat des lieux du secteur de la santé dans la wilaya », présenté à l'assemblée populaire de wilaya (A.P.W), le 07 avril 2010, p.162.
[128] SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de Doctorat, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et de Gestion, 2009, p.31.
[129] MSPRH, Direction de la Prévention, Service Maladie Non Transmissible.

à 120 cas en 2008. Il devrait atteindre 300 cas pour 100 000 personnes d'ici **2018**[130]. Ce chiffre s'explique par le caractère particulièrement accéléré de la transition démographique et épidémiologique dans notre pays et d'un développement socio-économique très rapide traduisant une profonde mutation des modes de vie de nos concitoyens. Au-delà de ces chiffres, **le cancer représente surtout une charge particulièrement lourde parce qu'il entraine plus de souffrances et de drames que n'importe quelle autre maladie sur le plan personnel et familial ; il est responsable aussi du plus grand nombre d'années de vies perdues.**

Dans le cadre de la planification sanitaire du pays en 1975, le cancer avait été identifié comme le 17ème problème de santé. Or, il est important de signaler que ces dernières années, l'incidence et la mortalité du cancer ont connu dans notre pays, une progression particulièrement rapide, voire inquiétante (cf. Figure 7).

Figure 7: Evolution estimée du nombre de cas de Cancer (2000-2013)



Source : Réalisée par nos soins d'après les données du MSPRH.

En 2014, le nombre de cancer est estimé à 41 250 nouveau cas avec 18 710 hommes et 22 540 femmes. Les causes de la hausse des tumeurs cancéreuses sont dues au changement du mode d'alimentation, d'où le taux élevé de cancer du côlon et du rectum après 40 ans. Il se

[130]MAHFOUD Nacera, BRAHAMIA Brahim et COPPIETERS Yves : « Consommation des médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie », 2017/11 مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد, Revue de l'Université de Ouargla, p.43.

classe en deuxième position après le cancer du sein chez la femme et avant le cancer du poumon chez l'homme. Au-delà de ces fréquences, le cancer représente surtout une charge financière particulièrement lourde (cf. Tableau16).

Tableau 16: Les cancers les plus fréquents en Algérie et leur coût sur 03 mois (en DA)

Cancer	**Sein**				**Colo rectal**	**Poumon**
	Protocole 1	**Protocole 2**	**Protocole 3**	**Protocole 4**		
Diagnostic	11500	11500	11500	11500	17500	19000
Bilan d'extension	39500	39500	39500	39500	25000	25000
Thérapeutique	373000	1213000	795000	813630	1152400	1337940
Suivi à 03 mois	22500	22500	22500	22500	22500	22500
Coût global	**446500**	**1286500**	**868500**	**887130**	**1217400**	**1404440**

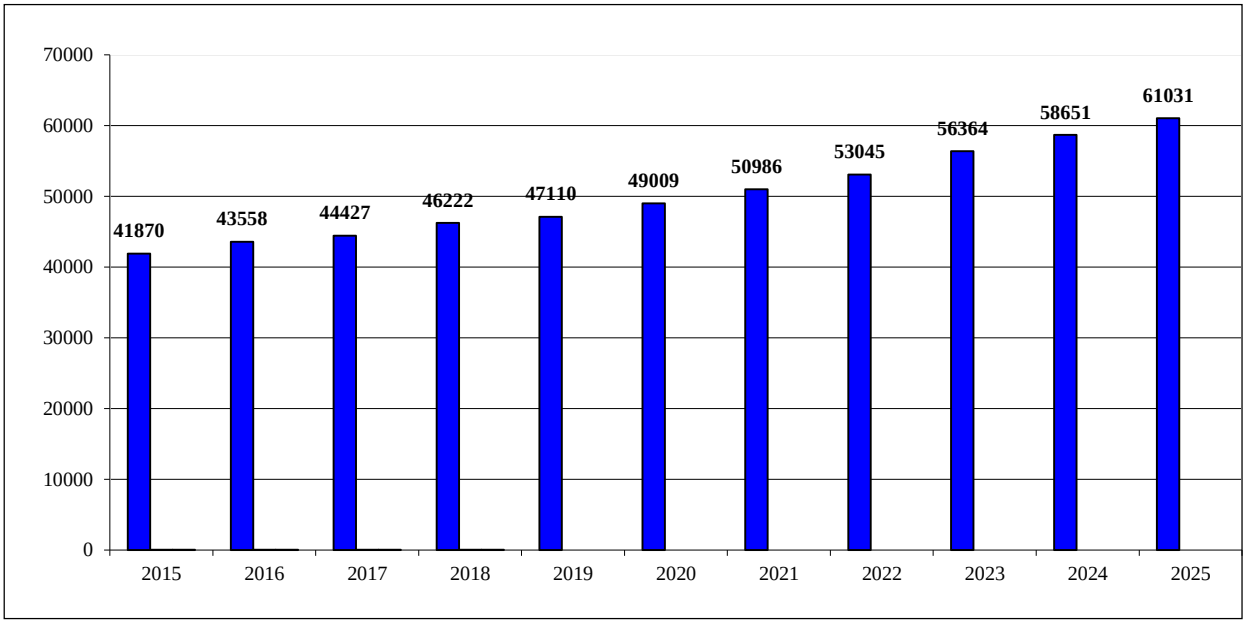
Source : Réalisé par nos soins d'après les données de DIAL F., TOUDEFT F. et MAHMOUDI S., « Coût de la prise en charge de la pathologie cancéreuse dans le monde et en Algérie, colloque international sous le thème « Le système de santé face à l'évaluation à l'aune de la transition plurielle : regards croisés », Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, faculté des Sciences Économiques, Commerciales et de Gestion, le 21 Novembre 2018.

En Algérie, la Journée Mondiale Contre le Cancer est célébrée le 04 Février 2017 à Sétif. C'est une journée internationale consacrée à la prévention, la détection et le traitement du cancer. Cette journée nous a permis d'avoir les premières données d'incidences du Réseau National des Registres du Cancer et leurs projections futures. Cette approche consiste à recueillir les informations par le biais d'enquêtes épidémiologiques, qui peuvent à leur tour servir à élaborer des plans de prévention passant par une réduction des facteurs de risque dans la population[131].

Les données d'incidence constituent les indicateurs de la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du Plan National Cancer 2015-2019 et du plan stratégique quinquennal 2014-2018 de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies chroniques (cf. Figure 8).

[131] Le tabagisme, la consommation d'alcool, une alimentation déséquilibrée et les infections chroniques liées aux virus de l'hépatite B (HBV), de l'hépatite C (HCV) et de certains types de papillomavirus humain (HPV) sont les principaux facteurs de risque cancéreux dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

Figure 8: Projection globale de l'incidence du cancer en Algérie (2015-2025)



Source : Réalisé par nos soins d'après les données de HAMDI Cherif M., BOUHARATI K., KARA L., ROUABAH H., HAMMOUDA D., FOUATIH Z., « Les cancers en Algérie, données épidémiologiques du réseau national des registres du cancer, 2015 », Journée Mondiale Contre le Cancer, le 04 Février 2017.

Ce spectre très large de maladies, de situations socio-médicales et sociales à traiter contraint très significativement le système de santé en termes organisationnel et financier. En 2013, l'OMS a lancé son plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissible 2013-2020 qui vise à réduire de 25% la mortalité prématurée due au cancer, aux maladies cardio-vasculaires, diabète et aux maladies respiratoires chroniques.

L'Algérie doit relever le double défi de remédier à la prévalence accrue des maladies chroniques, coûteuses à traiter, tout en étant toujours confrontée à des maladies infectieuses répandues.

Les autorités algériennes sont conscientes des nouveaux défis et enjeux, comme en témoignent les nombreuses réformes en cours de réalisation. Au niveau des directions centrales du MSPRH et des Institutions de Santé Publique sous tutelle, il existe une vision globale pour une prise en charge des problématiques du secteur, qui se traduit par un consensus sur les grands objectifs stratégiques à réaliser tels que le pilotage du secteur à travers la maîtrise globale de l'information, une offre mieux distribuée et de meilleure qualité, une gestion efficace des ressources humaines, le développement des procédures de gestion des établissements, la surveillance de la santé publique, ainsi que la mise en place de programmes de soins adaptés à la situation démographique et épidémiologique.

Conclusion

L'absence de contraintes financières avait favorisé un accès élargie des populations aux soins entrainant une forte augmentation des dépenses de santé. L'analyse des principaux indicateurs de santé montrent des résultats et des avancées appréciables en ressources humaines, en infrastructures, en équipements et en qualités de soins, mais des inégalités et des insuffisances persistent avec l'insatisfaction des professionnels, des gestionnaires de santé ainsi que des usagers.

Les pouvoirs publics doivent abandonner l'idée que préserver la santé du citoyen n'est pas rentable et se décider à aligner le coût de la prestation médicale sur le coût de la vie. La refondation du système de santé se présente aujourd'hui comme un besoin insistant. Elle est devenue une priorité, une urgence, parce que la gratuité des soins apparaît en décalage avec les transformations incessantes de la réalité sociale algérienne, et est de plus en plus incapable de satisfaire un besoin médical qui s'est grandement accru en parallèle avec l'amélioration de la qualité de la vie et de l'accès à l'information.

Entre l'étatisation complète et la libéralisation intégrale, la contractualisation s'est imposée comme la solution la plus appropriée pour résoudre les problèmes induits par la conjoncture socioéconomique (problèmes de qualité des services publics de santé, émergence de nouveaux acteurs privés, ...).

Cependant, il nous paraît évident que les modalités de financement inflationnistes actuelle ne peut assurer la pérennité du système de soins et garantir l'équité d'accès des plus démunis. Le système de santé algérien a aujourd'hui davantage besoin d'engager une réforme profonde dont le contenu devrait être essentiellement lié au mode de financement de la santé et à la maîtrise des dépenses, c'est ce qui constitue l'objectif du deuxième chapitre de notre travail de recherche.

CHAPITRE II

LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE PUBLIC ALGERIEN

Introduction

Théoriquement, la population demande des services de santé, les établissements et les prestataires sont offreurs de santé et le gouvernement est censé préserver les intérêts de la population. Ce dernier a pour rôle de développer un système qui optimise l'atteinte des objectifs sanitaires compte tenu de ses ressources financières. Pour y arriver, il met en place une structure de gouvernance, un cadre réglementaire et des institutions pour faciliter les transactions entre les parties et obtenir le maximum de résultats.

Aujourd'hui, la culture de la santé publique issue d'une vision humaniste de protection médicale centrée sur l'individu, entre dans l'ère de l'obligation de moyens, de la maîtrise des coûts, de l'indemnisation des risques et de la rentabilité en termes de coût/efficacité. Pour cela, il est recherché une plus grande efficacité en rendant les hôpitaux plus responsables sur leurs productions de soins et sur leurs consommations de moyens financiers par un système d'information adéquat.En effet, les données enregistrées servent comme base de calcul pour une partie du financement des hôpitaux et sont également utilisées pour soutenir la politique globale en matière de santé ainsi que la politique interne des hôpitaux.

Ce choix doit être posé d'emblée par les responsables de la structure, car il entraîne de réelles remises en cause, tant dans les prérogatives effectives que dans les habitudes de travail. Il ne faut jamais négliger l'importance de la période de transition vers un nouveau système de financement.

Pour comprendre le fonctionnement du système de santé, l'information détaillée relative à son financement est indispensable. Elle permet aux décideurs d'opérer des choix judicieux en matière de répartition des ressources disponibles.

Section 1 : Un système de financement administré : l'Etat providence

L'expression "Etat Providence" désigne l'ensemble des interventions de l'État dans le domaine social, qui visent à garantir un niveau minimum de bien-être à l'ensemble de la population, en particulier à travers un système étendu de protection sociale. On l'oppose couramment à celle d'État gendarme ou protecteur, dans laquelle l'intervention de l'État est limitée à ses fonctions régaliennes[1].

1. Les modèles de financement de la sécurité sociale

Un « consensus européen » se dégage en faveur des principes suivants[2] :

1. Ne pas laisser le marché réguler l'accès aux soins ;

[1] L'Etat providence, La documentation Française, site Internet « Vie Publique.fr ».
[2] MAJNONI D'INTIGNANO B., ULMANN P., « Economie de la santé », PUF, 2001.p.87.

2. Obliger tout citoyen à s'assurer ;
3. Faire payer chacun selon ses moyens plutôt que selon ses risques ou l'importance de sa famille ;
4. Fournir les soins selon les besoins médicaux de chacun plutôt que selon sa contribution financière.

L'Etat providence est préoccupé donc du bien-être collectif, il se donne pour mission de produire des services non marchands, de garantir une protection sociale, d'opérer une redistribution des revenus visant à protéger les individus contre les risques sociaux[3].

Ces risques peuvent être définis comme des évènements incontrôlables provoquant soit des dépenses importantes pour l'individu (la maladie ou l'accident, par exemple), soit une diminution sensible de ses revenus habituels (chômage, cessation d'activité, par exemple). Ces risques ont bien sûr toujours existé, mais dans une société traditionnelle c'est essentiellement la famille qui assurait autrefois cette prise en charge. Les liens de dépendance étaient alors très forts, en particulier entre les enfants et les parents.

Cette sécurité se fait selon trois modalités de répartition qui sont complémentaires[4] :

- La répartition économique correspond aux ressources reçues en contrepartie de leur travail. Le salaire et les prestations de retraite d'un régime d'employeur en sont des exemples. Ainsi, le marché du travail est la principale source de répartition économique.
- La répartition sociale se réfère aux transferts sociaux, l'aide sociale notamment. Des institutions spécialisées sont chargées d'assurer la répartition sociale.
- La répartition domestique, enfin regroupe tous les transferts fondés sur un lien personnel, elle renvoie donc principalement à la solidarité familiale.

L'Etat providence se caractérise par la démarchandisation des individus vis-à-vis du marché et par la stratification sociale limitée. Les indemnités, telles que l'aide sociale doivent être universelles et suffisamment élevées afin d'affranchir les citoyens de la participation au marché du travail. La stratification sociale, quant à elle se minimise lorsqu'on crée une solidarité entre les citoyens plutôt que des divisions en fonction de la classe ou de la profession. Ainsi, on minimise la stratification sociale en accordant les mêmes droits à tous les citoyens. L'Etat providence met en œuvre deux types de solidarité : l'assurance contre la perte de revenu et l'assistance aux plus démunis. Chaque actif cotise proportionnellement à

[3] PALIER B., « Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France », In pouvoirs N°82 ,1997.
[4] BOYER Robert, « Quel modèle d'Etat-providence ? », L'Apport des sciences Sociales, PUF, Janvier, 2007.

son revenu et il reçoit des prestations proportionnelles à ses cotisations. Le versement des prestations est « sous condition de cotisation », c'est-à-dire qu'il faut avoir cotisé pour en bénéficier.

Le plus grand avantage de la protection sociale, c'est qu'elle se traduit par une importante redistribution des revenus. En effet, Cette redistribution est d'abord horizontale, c'est-à-dire indépendante du revenu des personnes. C'est le cas des remboursements maladie, par exemple : les personnes en bonne santé, qu'elles soient riches ou pauvres, financent par leurs cotisations les dépenses des personnes malades, qu'elles soient riches ou pauvres. Mais elle peut aussi être verticale, c'est-à-dire redistribuer l'argent des plus riches vers les plus pauvres.

C'est le cas notamment du RMI qui est financé par les impôts payés par l'ensemble des Français, et notamment les plus riches, mais dont les prestations sont réservées aux ménages les plus modestes.

Dans ce type de système, tous les individus sont couverts quelle que soit leur situation professionnelle (principe d'universalité); les prestations dépendent des besoins et non du montant des cotisations.

Les premiers modèles de protection sociale apparaissent en Europe à la fin du 19ème siècle et en Amérique du Nord quelques décennies plus tard. Ces programmes constituent une réponse aux problèmes sociaux de l'époque.

Chaque pays développe ses propres systèmes conformément à sa culture. Parmi les pays où le risque maladie fait partie de la protection sociale, c'est-à-dire relève d'une assurance collective et obligatoire comme en Algérie, on distingue classiquement les systèmes Bismarckiens et Bévéridgien.

- **Le modèle Bismarckien**

Ce système est également appelé « professionnel », car son financement est assuré par le travail et les cotisations sociales. Il a été mis en place en Allemagne à la fin du XIXème siècle, sous l'influence de Bismarck. Il est tenu pour le premier système d'assurance santé mis en place[5].

Ce système s'appuie sur des caisses d'assurance maladie financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. L'assurance maladie est ainsi liée au travail.

[5] MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, « La Protection Sociale », PUF, Paris, 1993, pp.24-25.

Les assurances sont découpées selon les différents corps de métier. Ce programme reflète l'héritage historique du pays ; L'Allemagne étant une société traditionnelle fondée sur des distinctions professionnelles, ces mêmes distinctions se retrouvent dans les programmes de protection sociale.

Pour sa part, l'Etat a pour tâche d'assurer le bien-être des citoyens. Il doit fixer le cadre de l'action des caisses, et redresser la situation en cas de déséquilibre financier. Toutefois, il n'y a pas de sélection des risques car tous les assurés d'un même régime sont couverts de la même façon[6].

Voyant que l'idéologie socialiste s'adhère de plus en plus au sein de la classe populaire allemande, le chancelier Bismarck, conservateur prussien à l'époque, met sur pied des assurances sociales afin d'apaiser les esprits des ouvriers et de renforcer leur dépendance envers l'État. Il fait voter les lois d'assurances sociales couvrant les risques maladie (1883) et accidents (1884), et créa des caisses de retraite pour les vieillards et les infirmes (1889)[7].

Ce régime édifie une forte stratification sociale car les prestations sont proportionnelles aux salaires. En outre, les assurances sont fondées sur le statut socioprofessionnel reproduisant ainsi les classes sociales du marché du travail. Enfin, la protection à la bismarckienne renforce la dépendance envers l'État et la famille.

Depuis les années 70, la majorité des pays qui se sont inspirés de ce modèle, notamment l'Autriche, la Belgique, la France et le Luxembourg, ont mis en place des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universels.

- **Le modèle Beveridgien**

Ce système est également appelé « national », car la tutelle des services de santé et le financement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'Etat. Ce modèle a été mis en place en Grande Bretagne après la Seconde Guerre Mondiale (début du 20e siècle) sous l'égide de Lord William Henry Beveridge (1879-1963), économiste et administrateur britannique.

William H. Beveridge propose alors un programme de protection sociale qui vise à « libérer l'homme du besoin » et à relancer la consommation.

[6] UNION SYNDICALE SOLITAIRE, « Protection sociale : assistance ou assurance sociale ? », 29 février 2004.
[7] LE FAOU Anne Laurence, « Les systèmes de santé en question, Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada », Edition ELLIPES, Paris, 2003, p.10.

Le modèle britannique développe la notion de « Welfare State »[8], Il rejette les systèmes d'assurances sociales réservées aux seuls travailleurs ainsi que le principe d'une assistance limitée aux plus démunis. Il introduit l'idée d'une protection universelle de tous les citoyens financée par l'impôt.

Il repose sur trois principes fondateurs, dits des trois « U »[9]:

- **Universalité :** tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quelle que soit sa situation professionnelle,
- **Unité** : une administration unique gère chaque type de risque,
- **Uniformité :** chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, indépendamment de ses revenus.

Le régime créé par Beveridge se distingue de celui de Bismarck par son caractère collectif. Le modèle Bévéridgien vise ainsi à couvrir tous les citoyens, pas seulement les cotisants (ou travailleurs), en les liant par un contrat social.

Lord Beveridge a collaboré à l'institution de l'assurance chômage (1911) et à l'établissement de la sécurité sociale en Grande Bretagne (plan Beveridge en 1942), mettant l'accent sur le plein emploi et la sécurité du revenu. Ce régime cherche à minimiser la stratification sociale et augmenter la solidarité car tous les citoyens sont couverts selon leurs besoins. Enfin, le régime permet une certaine indépendance envers le marché, et la famille, mais instaure une dépendance envers l'État[10].

Le Danemark, la Finlande, l'Irlande, la Suède, l'Italie, le Portugal et l'Espagne ont adopté les fondements de ce modèle.

Les différences entre les pays, selon qu'ils ont opté pour un modèle bismarckien ou Bévéridgien, ont tendance à régresser. Tous les pays sont en effet soumis aux mêmes contraintes :

- ✓ **Sociales :** garantir l'accès aux soins à tous;
- ✓ **Organisationnelles :** améliorer l'efficience du système en place;
- ✓ **Economiques :** limiter autant que possible l'inflation des dépenses de santé (respecter les critères de convergence de Maastricht, pour les pays de l'Union Européenne).

Chaque système est en effet inscrit dans une histoire, un contexte politique et une organisation sociale globale qui le façonnent de façon spécifique. Il en résulte des logiques

[8] Le terme Welfare State est apparu dans les années 40, il signifie «état de bien être ». C'est en effet à cette époque, après la seconde guerre mondiale, que les pays occidentaux ont mis en place un système de solidarité qui n'a cessé de se développer.
[9] MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, op cit, p.28.
[10] PALIER Bruno, Op-cit, pp.21-22.

d'acteurs très différentes, par exemple en ce qui concerne la place de l'Etat et la participation du corps médical. L'Allemagne comme pour la Grande Bretagne et les Pays-Bas combinent une tradition d'administration par l'Etat et un système très corporatiste a une tradition « d'auto-administration » par la négociation collective, et le système et co-géré par des médecins fortement organisés[11]. A l'inverse, en France comme en Algérie le système est fortement administré par l'Etat, avec une profession médicale fragmentée dans son organisation et faiblement impliquée dans la gestion du système.

Il faut savoir que quand il existe plusieurs caisses d'assurance, les particuliers peuvent être en partie libres de s'affilier à celle de leur choix. Mais dans les pays pauvres où le secteur non structuré est très important, il est difficile de savoir combien les gens gagnent et, par conséquent, de prélever les impôts et les cotisations à l'assurance maladie.

Partout dans le monde les dépenses de santé explosent. Leurs parts dans le PIB est le seul qui augmente sensiblement dans tous les pays ; les dépenses budgétaires de santé semblent atteindre leurs limites supérieures dans un contexte de crise de l'Etat providence. La part des ménages dans ces dépenses atteint dans certains pays des niveaux inquiétants, que le vieillissement de la population aggrave de plus en plus[12]. La conséquence la plus visible de ce bouleversement est une remise en cause des structures et modalités de prise en charge de ces dépenses ; tout en conservant un système de santé plus ou moins hérité des conceptions généreuses du rôle de l'Etat en matière économique et sociale.

La protection de la santé est devenue l'une des questions brûlantes de la politique sociale, ce qui n'est guère surprenant au vu de l'engagement de la communauté internationale de relever le niveau de santé à l'échelle mondiale, en particulier pour lutter contre la pauvreté. La couverture universelle en matière de santé constitue donc le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir.

2. La couverture universelle

L'article 25.1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, stipule que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de

[11] Les unions de médecins ont depuis 1931 le monopole de la négociation collective.
[12] ROSANVALLON Pierre, « La crise de l'Etat providence », seuil, Paris, 1981.

maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté »[13].

La couverture universelle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés à un coût abordable. Elle suppose donc un accès équitable et une protection contre le risque financier. Elle repose également sur la notion de financement équitable : la contribution est proportionnelle à la capacité de payer, indépendamment du fait qu'on soit malade ou non. Il en résulte qu'une grande part du financement doit provenir de contributions anticipées et mises en commun, plutôt que de frais et d'honoraires facturés au malade quand il consulte les services[14]. Or, dans sa grande majorité, la population mondiale n'a toujours pas accès à des soins de santé à un coût abordable.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 présentait le concept de couverture sanitaire universelle selon trois dimensions : les services de santé nécessaires, le nombre de personnes qui en ont besoin et le coût pour ceux qui doivent payer (utilisateurs et organismes de financement tiers)[15]. Les services de santé comprennent la prévention, la promotion, le traitement, la rééducation et les soins palliatifs. Ces services doivent en outre être suffisants pour répondre aux besoins en santé, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Ils doivent également être prêts en cas d'imprévu (tremblement de terre, pandémies). Le besoin de protection contre le risque financier est déterminé par la proportion des coûts que les individus doivent supporter eux-mêmes en procédant à des paiements en numéraire directs et immédiats. Dans le cadre de la couverture universelle, il ne devrait pas y avoir de paiements directs qui dépassent un certain plafond d'accessibilité économique, généralement fixé à zéro pour les plus pauvres et les plus défavorisés[16].

La couverture sanitaire universelle a été qualifiée de « troisième transition sanitaire mondiale », après la transition démographique et la transition épidémiologique. Elle est désormais une ambition pour tous les pays, quel que soit leur stade de développement[17].

---

[13] OMS, « Structures durables de financement de la santé et couverture universelle » EB128.R8, 21 janvier 2011.
[14] CARRIN Guy, JAMES Chris, EVANS David, « Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement », Résumé technique pour décideurs, n°1, Genève, 2005, p.149.
[15]OMS, « Rapport sur la santé dans le monde», 2010.
[16] OMS, « La recherche pour la couverture sanitaire universelle », Rapport sur la santé dans le monde 2013, Genève, p.7.
[17] Idem, p.5.

❖ La transition vers la couverture universelle

Quel que soit le mécanisme de financement qu'un pays décide d'adopter, la transition [18] vers la couverture universelle peut prendre plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années. Il s'est ainsi écoulé 36 ans au Japon entre la promulgation de la première loi sur l'assurance maladie et celle qui a institué la couverture universelle, et 127 ans en Allemagne. Il a fallu aussi beaucoup de temps au Royaume-Uni pour instaurer un système universel basé sur l'impôt[19]. Les efforts déployés pour étendre la couverture sont influencés, entre autres, par les facteurs suivants[20]:

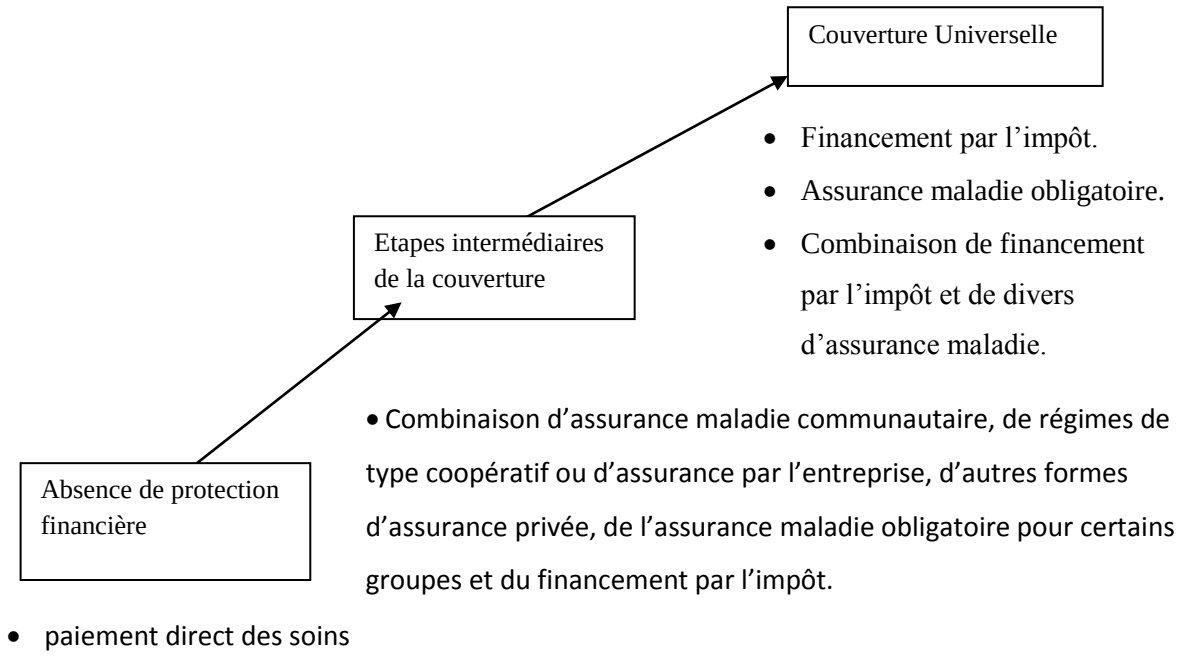
- le niveau de développement économique national;
- la stabilité politique;
- la maturité et le champ d'application légal du système national de sécurité sociale;
- la situation du marché du travail national;
- la taille de l'économie traditionnelle ou rurale comparativement à l'économie formelle, reposant sur le travail salarié;
- l'efficacité du système fiscal et des mécanismes de recouvrement des cotisations;
- le taux d'urbanisation;
- les caractéristiques géographiques.

Les éléments qui facilitent la transition sont l'adhésion de la société au principe de solidarité, la bonne gestion des affaires publiques et la confiance que la population fait au gouvernement.

Il ressort des expériences récentes que la mise en place d'une couverture universelle est un objectif à la fois réalisable et financièrement accessible, en particulier dans le domaine de la protection des personnes âgées et des soins de santé, et ce pour des pays qui connaissent des situations très différentes en termes de développement économique. Il est possible d'étendre la couverture en associant de manière judicieuse des régimes contributifs obligatoires, des programmes contributifs subventionnés, des dispositifs financés par l'impôt et des programmes volontaires (cf. Schéma 4).

[18] La période de transition a été définie comme étant le nombre d'années écoulées entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi pour la mise en œuvre de la couverture universelle.
[19] CARRIN Guy, JAMES Chris, EVANS David, Op-cit, p.152.
[20] Association internationale de la sécurité sociale, « DIX DÉFIS MONDIAUX À RELEVER PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE », 2016, pp. 5-6.

Schéma 4: Les étapes permettant d'atteindre la couverture universelle



Source : CARRIN Guy, JAMES Chris, EVANS David, « Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement », Résumé technique pour décideurs, n°1, Genève, 2005, p.153.

Au début de la transition, la couverture est encore partielle et les groupes les plus pauvres sont souvent les moins bien protégés. Les frais et les honoraires dont doivent s'acquitter les ménages quand ils utilisent les services restent très importants. Dans les étapes suivantes, il faudra passer du paiement direct au paiement anticipé, en combinant éventuellement différentes formules de prépaiement, pour protéger la population des risques financiers tout en réunissant suffisamment de fonds pour fournir les services. Le prépaiement peut prendre la forme d'assurances maladie communautaires, de régime de type coopératif ou d'assurances par l'entreprise, d'autres formes d'assurance privée et d'une assurance maladie obligatoire pour certaines catégories de personnes[21]. Presque toutes les formules nécessiteront le maintien d'un financement plus ou moins important par l'impôt.

Toutefois, il faut garder à l'esprit que l'extension de la couverture à certains groupes de la population est plus difficile qu'à d'autres groupes (par exemple, les travailleurs occasionnels et les travailleurs indépendants).

[21] Idem, pp.151-152.

Plusieurs pays bénéficiant actuellement d'un système de couverture universelle ont souvent mis des dizaines d'années à le mettre en œuvre. Si la décision se porte sur la voie de l'AMO, il a fallu 40 ans en Autriche (de 1890 à 1930) pour passer de 7% à 60%, mais 35-37 ans supplémentaires (de 1930 à 1965-67) ont été nécessaires pour couvrir les agriculteurs et les fonctionnaires, afin d'atteindre 96% de couverture. De même, en Allemagne, la couverture a augmenté de 10% à 50 % en 47 ans (de 1883 à 1930), mais 58 années supplémentaires ont été nécessaires pour augmenter la couverture à 88%, et inclure, entre autres, les travailleurs indépendants dans l'AMO. Au Costa Rica, il a fallu vingt ans pour atteindre un niveau de couverture de la population de 17% (en 1961), mais seulement 5 ans pour doubler cette couverture et arriver à 34% de couverture de la population (en 1966). Cette dernière augmentation fut la conséquence immédiate d'une loi votée en 1961 qui a introduit le principe de l'universalité. Plus de 10 ans ont été quand même nécessaires pour doubler à nouveau la couverture de la population; en 1978 elle s'élevait à 74%. En 1991, un niveau de 83,4% fut obtenu. Il a donc fallu 13 ans pour rajouter quelques 10% de la population[22].

Ces dix dernières années, l'accès à la protection de la santé a été étendu à plus de 1,5 milliard de personnes dans le monde qui en étaient jusqu'alors exclues. Les pays membres de l'Union africaine se sont engagés à développer la protection sociale et se sont fixé pour objectif d'offrir une couverture santé universelle dans le cadre de stratégies nationales de protection sociale à l'horizon 2025. Néanmoins, Pour que les efforts d'extension de la couverture soient couronnés de succès, il est impératif que les gouvernements nationaux fassent preuve de leadership et de vision, l'amélioration de l'accès devrait aller de pair avec la mise en place de services de soins de santé de qualité, dispensés par un personnel suffisant et doté des qualifications requises[23].

C'est en Chine, que l'on observe la plus grande avancée en matière de couverture universelle de soins de santé. Elle a étendu la couverture à 70 millions de personnes supplémentaires chaque année[24]. Ainsi, les mesures ambitieuses prises en Chine dans ce domaine traduisent bien plus qu'une volonté de garantir le respect du droit humain fondamental qu'est le droit à la sécurité sociale, elles sont aussi le fruit d'une décision stratégique concernant le type de société que ces pays souhaitent édifier. De même, il faut que

[22] OMS, « Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles clé durant la période de transition », Geneva, January 2004, p.6.
[23] Association internationale de la sécurité sociale, « DIX DÉFIS MONDIAUX À RELEVER PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2016, p.7.
[24] Idem.

les politiques mises en œuvre facilitent la réalisation d'objectifs plus larges tels que la progression de l'emploi dans l'économie formelle et l'élargissement de l'assiette fiscale.

De récentes réformes du financement de la santé aux Etats-Unis étendront d'ici 2019 la couverture de l'assurance à 32 millions de personnes qui n'étaient pas assurées auparavant. Pour cela, de nombreuses stratégies seront utilisées ; les assureurs privés ne pourront plus par exemple rejeter des demandeurs sur la base de leur état de la santé, et les cotisations des particuliers et des familles moins fortunées seront subventionnées[25].

Ce rôle d'interface joué par la santé entre croissance économique et développement humain doit être entretenu et renforcé par des politiques de santé qui modifient à la fois L'organisation et le fonctionnement de système de santé[26].

1. Les différentes approches adoptées pour mobiliser les ressources

Les approches adoptées pour mobiliser les ressources comportent d'ordinaire un mélange de fiscalité générale, de prélèvements au bénéfice des systèmes publics de soins de santé et de cotisations à des régimes privés d'assurance maladie. Le choix de la méthode de financement dépendra de l'entité qui assume la charge financière, du montant des ressources disponibles et de l'entité qui gère l'affectation des ressources. Par exemple, la mobilisation de ressources par le biais des recettes fiscales générales implique que le groupe cible auquel les ressources sont affectées et les dépenses de santé sont consacrées en principe à la population dans sa totalité. Le choix de la manière dont les risques sont mis en commun et des personnes qui bénéficient de la protection détermine en dernier ressort quels seront ceux qui peuvent accéder à des services médicaux coûteux.

L'approche du financement qui est retenue devrait permettre la collectivisation du risque qui contribue à atteindre les objectifs plus larges d'équité, de solidarité et d'accessibilité économique[27]. Le financement par l'impôt se distingue souvent par son efficacité concernant la perception des recettes, car les fonds passent directement du ministère des finances à celui de la santé, pour être ensuite affectés aux services de santé ou aux districts du pays. En revanche, l'assurance maladie obligatoire peut s'avérer une méthode de financement plus transparente, car les ménages et les entreprises cotisent directement et bénéficient d'un ensemble de prestations prédéfini (cf. Tableau 17).

[25] OMS, « Rapport sur la sante dans le monde », 2010.
[26] Banque Mondiale, « Rapport sur le développement dans le monde, Investir dans la santé », 1993.
[27] DROUIN Anne, Op-cit, pp.2-3.

Tableau 17: Avantages et inconvénients des principales méthodes de financement des soins de santé

Principales méthodes de financements des soins	Avantages	Inconvénients
Financement des soins de santé par l'impôt	- Mise en commun des risques pour 100% de la population. - Redistribution intégrale entre risque élevé et faible et catégories à revenu élevé et faible dans la population concernée. - Potentialités d'efficacité Administrative et de maîtrise des coûts.	- Risque de financement instable et, souvent, sous-financement suite aux dépenses publiques concurrentes. - Peut être inefficace en raison du manque d'incitations concurrentielles pour les prestataires de soins de santé et du risque de supervision publique inefficace.
Assurance maladie sociale (y compris la micro-assurance[28] et les régimes communautaires[29]	-Génère des recettes stables. -Souvent fort soutien de la population. -Donne accès à un vaste éventail de services -Implication des partenaires sociaux. -Redistribution entre risque élevé et faible et catégories à revenu élevé et faible dans la population concernée.	-Sauf subventionnement par l'Etat, les pauvres sont exclus. -Les cotisations prélevées à la source peuvent affaiblir la compétitivité et accroître le chômage. -Compliquée à gérer. -La gouvernance et la responsabilité peut laisser à désirer. -Peut entraîner une inflation des prix si des mécanismes de contrat efficace ne sont pas mis en place. -Les régimes Communautaires peuvent être financièrement vulnérables s'ils ne sont pas appuyés par des subventions nationales
Assurance maladie privée	-Préférable aux prestations non remboursées. -Renforce la protection financière et l'accès aux services de santé pour ceux qui sont en mesure de payer. -Encourage une meilleure qualité et une meilleure efficacité- coût des soins de santé.	-Coûts administratifs élevés. -Inefficace pour réduire les pressions sur les coûts subies par les systèmes publics de financement de la santé. -Inéquitable sans primes subventionnées ou réglementation du contenu et du prix de l'assurance.

Source : DROUIN Anne, « Méthodes de financement des soins de santé : Une utilisation rationnelle des mécanismes de financement pour assurer une couverture universelle », Rapport technique N° 05, p.13.

Quel que soit le type de système, il faut donc choisir avec soin les méthodes qui vont permettre de collecter équitablement les contributions et de garantir un accès équitable aux services. L'OMS recommande le recours à des mécanismes prépayés (par exemple assurances et/ou taxes) pour collecter des fonds, puis la mise en commun des ressources pour garantir l'accès et répartir les risques financiers. Au cours des dernières années, plusieurs systèmes de

[28] La micro-assurance est un mécanisme de protection des personnes à faibles revenus contre les risques (accident, maladie, décès dans la famille, catastrophe naturelle…) en échange du paiement de primes d'assurance adaptées à leur besoin et niveau de risque.

[29] Le concept d'assurance-maladie peut ne pas toujours être compris immédiatement. En fait, les régimes d'assurance-maladie communautaires diffèrent des groupes d'assistance mutuelle traditionnels dont le concept clé est la « réciprocité généralisée ». Les régimes d'assurance maladie communautaires n'apportent un soutien qu'en cas de maladie et appliquent donc le principe de « réciprocité conditionnelle ».

santé financés par l'impôt ont modifié l'organisation des soins et les mécanismes d'allocation et de paiement à l'intérieur du système public, afin de créer des conditions permettant de tirer les mêmes avantages que les systèmes d'assurance sociale sans pour autant modifier les sources principales de revenu. En Grande-Bretagne, au cours des dernières années, des réformes ont été engagés mais jamais le principe du financement par l'impôt n'a été remis en cause. Toutefois, l'Espagne et l'Islande ont progressivement délaissé l'assurance sociale pour un financement de nature fiscale, au cours des années soixante-dix et quatre-vingt[30].

Actuellement, tous les pays de l'OCDE disposent d'une couverture d'assurance maladie universelle pour un ensemble de services essentiels, à l'exception de la Grèce, des États-Unis et de la Pologne. En Grèce, les chômeurs de longue durée et de nombreux travailleurs indépendants ont perdu leur couverture maladie sous l'effet de la crise économique. Néanmoins, depuis juin **2014**, des mesures ont été adoptées afin que la population non couverte puisse accéder aux médicaments sur ordonnance et aux services d'urgence. Aux États-Unis, la part de la population non assurée est passée de 14.4 % en **2013** à 11.5 % en **2014** grâce à la mise en œuvre de l'Affordable Care Act[31].

Globalement nous sommes loin d'avoir réalisé une couverture universelle de santé. L'augmentation de la demande, le coût sans cesse plus élevé des soins, le perfectionnement rapide des techniques et les possibilités limitées de collecte de fonds par le biais de la fiscalité classique exigent de trouver de nouvelles sources de financement. Les pays ont continuellement besoin d'adapter leurs systèmes de financement afin de collecter des fonds suffisants pour leurs systèmes de santé.

- **Les Options nationales de financement innovant**

Une question qui reste d'importance cruciale pour la majorité des pays du monde est celle de savoir comment le financement de leur système de santé peut apporter une protection suffisante à toute la population contre le risque financier des coûts de santé.

La prise de conscience du fait qu'un financement additionnel est indispensable pour atteindre les objectifs de développement convenus au niveau mondial a conduit à la recherche de sources novatrices de financement destinées à compléter l'aide publique. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il faudra prévoir des dépenses additionnelles annuelles correspondant à 29 dollars par personne pour réaliser les objectifs du Millénaire pourle

[30] CARRIN Guy, JAMES Chris, EVANS David, Op-cit, pp.153-156.

[31]Affordable Care Act (loi sur la protection des patients et des soins abordables) est une loi votée par le congrès des États-Unis. Elle a été promulguée par le président Barack Obama le 30 mars 2010 et prévoit la réforme du système de santé américain. Depuis le 1er janvier 2014, tous les Américains doivent en effet disposer d'une assurance maladie. Tout résident ou citoyen non-assuré s'expose à des pénalités financières.

développement dans le domaine de la santé, soit une hausse totale des dépenses de santé de 251 milliards de dollars entre 2009 et 2015 pour les pays en développement, que certains pays à faible revenu auront des difficultés à financer intégralement[32].

Récemment, un certain nombre d'initiatives ont été lancées dans le domaine de la santé. On trouve[33] :

- Une taxe/ prélèvement imposée à certaines grandes entreprises économiques dans le pays.
- Un impôt sur les opérations de change sur les marchés de devises.
- Obligations de l'État proposées à la vente aux concitoyens qui vivent à l'étranger. Un impôt sur toutes les transactions liées aux comptes bancaires ou sur les transactions de versement.
- Les contributions de solidarité permettraient aux individus et aux entreprises de faire des dons volontaires par le biais de leur facture mensuelle de téléphone portable.
- Un impôt indirect sur les produits du tabac, sur les produits alcoolisés.
- Vente de produits ou services franchisés semblable au Product RED du Fonds Mondial, par lequel les entreprises sont autorisées à vendre des produits dont une partie des profits va à la santé. Il s'agit d'une initiative amorcée par des chanteurs et la dette commerciale du sida (DATA) pour amasser de l'argent pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- Taxe touristique : Un impôt sur le tourisme serait collecté pour les activités liées en grande partie aux visiteurs internationaux.

La concrétisation de ces propositions dépend principalement d'un accord politique. Les questions concernant le meilleur moyen de répartir les fonds mobilisés doivent également être traitées.

Les financements innovants pour la santé sont essentiellement passés par les programmes :

- de GAVI[34] Alliance (Facilité internationale de financement pour la vaccination et mécanisme de garantie de marché pour les vaccins contre le pneumocoque) ;

[32] Nations Unies, « À la recherche de nouveaux modes de financement du développement », Étude sur la situation économique et sociale dans le monde, 2012, pp.22-23.
[33] http://www.medicalnews.com.tn.
[34] GAVI pour « Global Alliance for Vaccines and Immunization » et en français, « l'Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation ».

- du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds pour des médicaments antipaludéens à des prix abordables, initiatives Debt2Health et initiative de la marque Product Red) ;
- d'UNITAID[35].

Bien que la Facilité internationale de financement pour la vaccination contribue pour une large part (64 %) aux fonds de GAVI Alliance depuis sa mise en place en 2006, les mécanismes de financement innovants contribuent pour une part beaucoup plus petite aux ressources du Fonds mondial (2 % depuis 2002). En outre, même s'il est vrai que GAVI Alliance et le Fonds mondial réussissent à trouver des ressources pour s'acquitter de leurs mandats respectifs, ces ressources proviennent essentiellement de l'aide publique au développement, soit directement, soit par des mécanismes innovants (seule les 190 millions de dollars collectés par le Fonds mondial grâce à l'initiative de la marque Product Red constituent un financement complémentaire à l'aide publique au développement). UNITAID est la seule facilité financée principalement par des sources innovantes; 75 % de ses ressources provenant des taxes sur les billets d'avion[36]. Nous estimons que, depuis 2002, 5,8 milliards de dollars ont été mobilisés pour le financement des programmes dans le domaine de la santé[37].

En Algérie, Il est ouvert dans les écritures du Trésor, un compte d'affectation spéciale n° 302-133 intitulé « Fonds national de sécurité sociale ». Ce compte est financé par une quote-part de la taxe additionnelle sur les produits tabagiques[38] ; le produit de la taxe à l'achat des yachts et bateaux de plaisance à voile avec ou sans moteur, jaugeant au moins 5 tonneaux de jauge internationale et le produit du prélèvement assis sur le bénéfice net des activités d'importation et de distribution en gros des médicaments importés et revendus en l'état[39].Ce fonds sert à éponger les déficits de la CNAS.

Quelle que soit la façon dont les fonds sont collectés, il faut prendre des décisions éclairées sur les moyens de les mettre en commun et de s'en servir pour acheter ou fournir les services.

---

[35]UNITAID est une organisation internationale d'achats de médicaments, chargée de centraliser les achats de traitements médicamenteux afin d'obtenir les meilleurs prix possibles, en particulier à destination des pays en voie de développement.

[36] Nations Unies, « À la recherche de nouveaux modes de financement du développement », Étude sur la situation économique et sociale dans le monde, 2012, p.23.

[37] Idem, p.3.

[38] Le produit de la taxe additionnelle sur les produits tabagiques est réparti comme suit: 6 DA au profit du Fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux; 1 DA au profit du Fonds de la solidarité nationale; 2 DA au profit du Fonds national de sécurité sociale.

[39] Art. 67 de la loi de finance 2010.

D'avantage d'argent ne signifie pas nécessairement de meilleurs résultats. Si certains pays parviennent à avoir un système de santé plus performant moyennant des ressources financières limitées, d'autres ont moins bien réussi alors qu'ils avaient beaucoup investi dans la santé. Cette forte divergence d'un pays à l'autre en matière de performance offre la possibilité de comprendre les conditions qui font que certains systèmes de santé accomplissent davantage malgré un financement limité. C'est en partie pour cette raison qu'on trouve une si large gamme de mécanismes structurels dans les pays qui ont instauré la couverture universelle[40].

Section 2 : Le financement des hôpitaux public en Algérie

Nombreuses sont dans le monde les réformes sanitaires qui sont abordées selon les termes du financement, facteur essentiel de détermination de l'organisation sanitaire. En Algérie, la réforme hospitalière envisagée ne peut se départir de cette logique.

Les réformes des mécanismes de financement sont généralement un processus évolutif qui avait pour point de départ la volonté des gestionnaires des systèmes d'améliorer leurs connaissances des activités des hôpitaux et du poids de ces dernières dans l'utilisation des ressources[41].

Nous allons décrire de manière approfondie les mécanismes techniques de chaque modalité, afin de comprendre la genèse de la réforme de la T2A en montrant ses principaux enjeux et la sophistication des systèmes d'information. Cette présentation s'efforce d'appréhender et de synthétiser les différentes approches qui ont guidé les pouvoirs publics dans la construction d'un système de santé plus efficace et plus performant.

1. Aperçu et options des différents modes de financement

Sachant que la question du financement du système de soins algérien est très complexe, l'identification des origines de la réforme et la détermination de sa genèse requièrent une approche historico-institutionnelle des cycles de financement des hôpitaux publics.

1.1. Le financement à la journée

Dans les années 60, l'Algérie avait adopté la gratuité des soins de santé comme principe de fonctionnement des structures publiques de santé. Ce choix reposait sur plusieurs considérations :

[40] CARRIN Guy, JAMES Chris, EVANS David, « Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement », Résumé technique pour décideurs, n°1, Genève, 2005, p.156.
[41] CASTONGUAY Joanne, « Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux », Rapport de projet, Montréal, Mars 2013, p.3.

1. la capacité à payer des populations était particulièrement faible par rapport au niveau de développement atteint par le pays.

2. la santé ne devrait pas être considérée comme un bien ordinaire, au contraire la médecine curative et préventive devrait être considérée comme des biens nécessaires au développement économique et la promotion humaine.

3. la santé fait partie des prérogatives de l'Etat providence, ce dernier doit mettre en place les moyens pour permettre l'accès de la santé à toute la population.

Le prix de journée d'hospitalisation est le montant de la prise en charge quotidienne de l'usager, facturé « à l'acte » au financeur en assurant le versement.

Jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée " prix de journée " déterminée conjointement en termes de négociation entre les départements (wilayas) et les organismes de sécurité sociale. Les recettes des hôpitaux étaient constituées par les paiements effectués par[42] :

-les organismes de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayant droits (environ 30% DNS),

-l'Etat et les Collectivités Locales (Trésor et Caisse de Solidarité des Départements et Communes) pour les patients indigents détenteurs d'une carte d'indigence (60% DNS),

-les particuliers (couches aisées et les professions libérales) payaient directement leurs soins (10% DNS).

Ce système représente un prix « tout compris » (tarif à la journée d'hospitalisation et d'hébergement), un forfait qui permet de garantir une solidarité sociale à l'égard des hospitalisés. Ce mode de financement a été vigoureusement critiqué en raison de ses effets inflationnistes. En effet, si les établissements désiraient un prix de journée élevé pour l'année suivante, ils devaient faire « tourner la machine à plein »[43]. Ainsi, plus les médecins hospitalisaient et prescrivaient des actes, plus longtemps le malade restait à l'hôpital, mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque c'est la Sécurité sociale qui payait. Ce système s'est révélé particulièrement opaque, d'autant plus que les abus et les gaspillages n'étaient pas sanctionnés, la croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter.

Malgré ses effets négatifs, ce système a fonctionné pendant près de 10 ans. D'une part parce qu'il a permis de financer la rénovation de l'hôpital. D'autre part parce que, à

[42] LAMRI Larbi, « Accroissement de la Dépense Nationale de Santé des Ménages: Facteurs explicatifs », Journée d'étude sur « Le système de santé Algérien à l'épreuve de la transition plurielle », le 03 Mai 2015-Hôtel Mazafran-Zéralda.

[43] IMBERT J., « Les hôpitaux en France », PUF, 6ème édition mise à jour 1994, 1ère édition, 1958. pp.82-83.

l'exception de la Sécurité sociale, ils étaient tous gagnants : les malades ; les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans véritable souci de l'économie nationale ; les médecins hospitaliers qui ne se considéraient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la sécurité sociale; les fournisseurs de biens et de services qui vivaient de ce marché florissant[44].

À partir de janvier 1974, l'Algérie adopte une politique de gratuité des soins dans les structures publiques de santé (substitution des paiements directs (acte et prix de journée) par la formule «budget global»). Cette décision politique facilite l'accès aux soins et aux médicaments, par la suppression de l'obstacle financier, disposition bénéfique, en particulier pour les démunis.

1.2. La méthode de financement par budget global

La médecine gratuite a sans aucun doute joué, dans les années qui ont suivi l'indépendance de l'Algérie et même plus tard, un rôle déterminant dans la prise en charge de la santé de la population

Tableau 18: Evolution des dépenses nationales de santé

Année	Dépenses en santé totale (% du PIB)	Dépenses en santé publiques (% du total des dépenses en santé)
2000	3,5	73,3
2001	3,8	77,4
2002	3,7	76,5
2003	3,6	77,8
2004	3,5	72,4
2005	3,1	72,7
2006	3,1	74,4
2007	3,5	77,1
2008	3,8	80
2009	4,6	79,3
2010	4,2	79,2
2011	4,4	82
2012	5,2	84,1
2013	7,1	72,8
2014	7,2	72,8

Source : http://banquemondiale.org.

[44] BONNICI B., « La politique de santé en France », PUF, 1997, 2ème édition corrigée, 1ère édition, 1993, pp.75-76.

Nous constatons que les dépenses publiques représentent plus de 70% des dépenses nationales de santé. Un choix idéologique qui était, en ce temps, opportun d'autant qu'il entrait en parfaite résonance avec l'orientation politique de l'Algérie libérée.

Selon le financement prospectif, l'allocation des ressources par le payeur à l'établissement hospitalier se fait en début d'exercice ou année financière. Ce dernier est chargé de le gérer de telle sorte à ne pas le dépasser. Cette méthode est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et sur les coûts.

Pour leur fonctionnement, les hôpitaux reçoivent un budget global préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles). Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux, au cours des années 80, dans de nombreux systèmes de santé dans lesquels l'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source de financement des services de santé (cf. Tableau 19).

Tableau 19: Dépenses budgétaires par titre des structures publiques de soins (en millions de DA)

	2000	**2002**	**2004**	**2009**	**2010**	**2013**
Dépenses du personnel	363 524	499 278	586 649	1 068 830	1 219 274	2 415 592
Dépenses de formation	13 721	16 341	23 692	71 217	67 633	169 979
Alimentation	10 857	11 860	17 887	56 980	61 456	72 281
Médicaments et autre produits à usage médical	78 049	132 866	167 010	424 359	461 680	346 520
Dépenses d'actions spécifiques de prévention	9 899	16 441	22 343	55 354	52 235	36 629
Matériel et outillages médicaux	15 081	30 543	45 725	99 006	92 771	93 178
Entretien des infrastructures sanitaires	10 286	14 672	25 247	82 768	82 297	84 303
Autres dépenses de fonctionnement	25 259	33 537	50 968	125 382	130 698	133 232
Œuvres sociales	6 587	7 698	10 370	18 031	23 534	50 135
Dépenses de recherche médicale	185	197	285	325	351	278
Total	**533 448**	**763 432**	**950 175**	**2 002 253**	**2 191 929**	**3 402 126**

Source: Construit par nos soins à partir des annuaires statistiques du MSPRH.

Les rubriques des dépenses de personnel et de médicaments représentent environ 80% de la dotation budgétaire. Le montant est habituellement fondé sur une combinaison de

facteurs, y compris les budgets historiques**,** les taux de l'inflation, les décisions de dépenses en immobilisations, la négociation et les considérations politiques[45].

La mise en place de la procédure de budget global était censée résoudre l'étranglement financier des hôpitaux induit par les retards de paiement des factures et par les difficultés de recouvrement des créances auprès des administrations et des organismes de sécurité sociale d'avant 1974.

La budgétisation est une contrainte majeure dans la mesure où le type ou la complexité des services offerts dans un hôpital n'est généralement pas pris en compte dans la détermination du budget global, d'ailleurs le système a tendance à ralentir la diffusion de l'innovation[46]. Le régime prospectif peut même dans certains cas constituer une contre-indication à innover dès lors que la recherche, l'élaboration et la mise en œuvre de l'innovation sont génératrices de coûts et donc réductrice de marge ceteris paribus[47].

La dotation globale est le système que l'on observait au Royaume-Uni jusqu'aux récentes réformes et c'est le système que l'on observe aujourd'hui au Canada, en Australie, au Danemark et en Finlande.

❖ **Les avantages de la méthode de financement par budget global sont[48] :**

✓ **Le contrôle des coûts :** Le contrôle des coûts est certainement l'avantage le plus important et généralement reconnu dans la littérature sur le financement des services de santé. Cette qualité est l'un des facteurs expliquant qu'elle a été la forme prédominante de financement durant de nombreuses années.

✓ **La simplicité de calcul :** Si le budget à calculer n'est pas le premier depuis l'apparition de l'établissement hospitalier, le calcul du nouveau montant est relativement simple.

✓ **Plus équitable pour la population :** Le financement par budget est considéré comme la forme la plus équitable du point de vue de la population. En effet, la distribution des montants disponibles facilite une meilleure répartition des services aux patients eus égard aux facteurs démographiques, épidémiologiques et socioéconomiques.

---

[45] Le budget historique consiste à calculer le montant du budget de la nouvelle année en se basant sur celui de l'année précédente. L'objectif implicite à cette méthode est de conserver la même activité que l'année précédente et ainsi contrôler le budget.

[46] MAJNONI D'INTIGNANO B., ULMANN P., Op-cit., p.438.

[47] PARAPONARIS A., MOATTI J.P., MOSSÉ P., HUARD P., « Economie de l'innovation médicale : bilan et perspectives », In Sailly J.C. et Lebrun T. (éditeurs) : Dix ans d'avancées en économie de la santé, John Libbey Eurotext, Paris, 1997, pp.225-233.

[48] Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRSS), « Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et option pour le Canada ; Les générateurs de coût et l'efficience du système de santé », Rapport 4, Mars 2011, p.4 Et Joanne Castonguay, Op-cit, p.3.

Le principal avantage du budget global pour les bailleurs de fonds tient au fait qu'il offre un moyen simple d'assurer la prévisibilité budgétaire et de limiter l'augmentation des dépenses des hôpitaux par l'effet de levier de l'offre de budgets plafonnés.

❖ **Les inconvénients de la méthode de financement par budget global sont[49] :**

✓ **Un manque d'incitatifs :** Dans la littérature, le principal inconvénient de ce mode de financement est le manque d'incitation à l'efficience, notamment sur les points suivants : la qualité des soins, la performance en termes d'efficacité des établissements et l'accès aux services.

L'hôpital est responsable de ne pas dépasser son budget mais chaque nouveau patient a un impact sur les coûts. Cette priorité a pour effet de restreindre l'accès aux services.

✓ **Des durées de séjour longues :** Cet inconvénient est directement lié au manque d'incitations.

Le budget global, n'incite pas les hôpitaux à raccourcir la durée de séjour des patients et à les aiguiller vers des ressources moins coûteuses parce que le coût journalier de l'hospitalisation diminue avec la durée du séjour. En libérant une place plus tôt, on remplace un patient moins coûteux par un patient plus coûteux. C'est pourquoi on observe dans les systèmes où les hôpitaux sont financés par budget une rotation assez faible de patients traités et une tendance à vouloir minimiser les ressources consommées par chacun. Ce qui peut entraîner une qualité des soins moindre par:

- **Une innovation limitée :** Les budgets globaux limitent l'innovation du fait que le risque financier est trop grand pour les hôpitaux de modifier leur procédure.
- **Un risque non partagé** : Les hôpitaux sont tenus d'avoir une activité minimale correspondante à l'accord entre l'établissement et le payeur. Ainsi, dans le cas où le budget est épuisé avant la fin de l'année et qu'il existe encore une demande de soins, alors l'hôpital fonctionnera à perte.
- **La perpétuation des inégalités :** Si à l'état initial les budgets globaux ont été calculés de manière inégalitaire, les renouvellements des montants sur une base historique vont entraîner une perpétuation de ces inégalités.
- **L'opacité du processus d'allocation des fonds :** Les budgets globaux laissent un degré de liberté potentiellement important aux gestionnaires des établissements. La possibilité pour le payeur d'exiger un niveau d'efficience en retour du financement

[49] Idem.

octroyé dépend de la qualité des systèmes d'information sur l'activité et donc de sa capacité à comparer la performance des différentes régions et établissements.

- **Les services et/ou fournitures non couverts :** L'incitation implicite à prioriser le contrôle des budgets et l'opacité du processus engendrent une confusion sur la composition du panier de services assurés par le régime public. Il en résulte un accès limité à des services, fournitures et médicaments potentiellement plus performants que ceux offerts dans les établissements.

Ce sont ces inconvénients qui ont généré le besoin de lier financement et niveau de services. C'est aussi ce qui a incité les établissements et les payeurs à développer des systèmes d'évaluation, de classification et de coût des activités dans les établissements[50].

La santé doit être considérée non pas comme une simple satisfaction d'un besoin mais comme un facteur prioritaire de développement global et durable, ce qui implique de fixer des obligations de tous les acteurs : l'Etat qui reste le principal garant de la protection de la santé, les bailleurs de fonds (place de la sécurité sociale dans le financement de la santé) et enfin les ménages concernant leurs responsabilité propre par rapport à la santé.

1.3. Le financement réaménagé

Depuis 1973, date de promulgation de la médecine gratuite, les taux de remboursement étaient pratiquement inexistants avec d'une part, la domination du secteur public dans la distribution des soins caractérisés par la gratuité totale des actes de soins et de prévention, d'autre part le nombre de praticiens privé était très réduit et les services qu'ils offraient aux clients était très limitée regroupant principalement les services de consultation et de soins généraux.

Le financement socialisé des hôpitaux allait être partiellement aménagé à partir de la deuxième moitié des années 80. En plus de la décision de 1984 de ne plus distribuer les médicaments gratuitement pour les soins ambulatoires, il fut décidé de faire participer les usagers à raison de 20% (ticket modérateur**)** du coût des examens radiologiques, des analyses médicales et des explorations fonctionnelles, calculés sur la base de la nomenclature des actes de 1981[51].

La participation grandissante des ménages aux dépenses de soins a été favorisée essentiellement par l'élargissement de l'offre privée des soins au début des années 1986. En

[50] La mise en place du budget global a entraîné La suppression de la fiche navette et par conséquent, l'impossibilité d'évaluer les coûts de la santé.

[51] MEBTOUL Mohamed, « La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie », Médecine et Santé, N°5, 1999.

effet, la pression du choc extérieur dû à la chute subite du prix de pétrole qui constitue la principale source de financement de la santé a obligé l'Etat a développer une politique qui tend à comprimer les ressources collectives et les maintenir à un niveau comptable avec les exigences d'équilibres budgétaires**.** L'inflation, la dévalorisation des unités monétaires, l'endettement sont de nouveau défi pour l'Etat qui devient incapable de prendre en charge l'ensemble des problèmes sociaux qui sont déjà très coûteux en moyens financiers[52]. Les chiffres rapportent qu'en 1988, les dépenses des ménages étaient estimées à un taux de 18,9 % de l'ensemble des dépenses nationales de santé. À la même date nous avons enregistré une participation de l'Etat de 20 % et celui de la sécurité sociale de 60,3 %. Ces taux étaient appelés à changer d'année en année en fonction de l'élargissement du secteur privé et des modifications des parts de marchés de soins en Algérie[53].

Dans le secteur public hospitalier, L'arrêté interministériel du 07 janvier 1995 fixe une contribution des patients aux frais :

• d'hôtellerie et de restauration en milieu hospitalier à 100 Da / jour.

• de consultation à raison de :

- 50 Da pour la médecine générale
- 100 Da pour la médecine spécialisés.

Les réactions de rejet enregistrées ont conduit à la diffusion d'une circulaire datée du 05 avril 1995 du ministre de la santé excluant du champ d'application certaines catégories particulières de malades ; il s'agit des personnes émargeant au filet social, les enfants de moins de cinq ans, les malades chroniques, ceux séjournant pour plus d'un mois à l'hôpital, les victimes des fléaux d'épidémies ou de catastrophes naturelles et les personnels des services de santé y compris leurs ayants droits.

Face aux difficultés croissantes de financement des soins hospitaliers, la tarification c'est imposé comme dernière solution pour apaiser les charges du système. Les tarifs pour une consultation de soins généraux sont passés à 100DA. Le prix des consultations spécialisées est passé à 200DA et le tarif pour une journée d'hospitalisation est passé de 200 à 700 DA la journée. Les revenus de ces nouvelles participations étaient ventilés à la hauteur de 60% au profit des travailleurs, 20% destinés au budget des établissements et 20%pour l'amélioration des conditions d'accueil et de restauration. Avec le projet de tarification l'Etat prévoyait de réaliser des rentrées annuelles entre 2,5 à 3 milliards de DA pour couvrir les charges de

[52] BENACHENHOU Abdellatif, « L'aventure de la désétatisation en Algérie », Revue du monde musulman et de la Méditerranée, N°65, 1992, pp.175-185.
[53] OMS, « Rapport sur la santé dans le monde », 2004.

fonctionnement qui étaient considérée comme étant très lourdes surtout que les dépenses de personnels à elles seules représentaient les 70% de l'ensemble des dépenses.

A l'origine et pendant toute la décennie 70, les sources de ce financement étaient au nombre de cinq (Etat, Sécurité Sociale, Collectivités Locales, Pharmacie Centrale Algérienne et les Ressources Propres). A la fin de cette décennie, deux sources ont été totalement abandonnées: les Collectivités Locales pour la limitation de leurs moyens et la PCA pour raison de dissolution.

Le budget de fonctionnement des établissements publics de santé provient, essentiellement, de deux sources[54]:

• l'Etat, dont la part représente 81% en 2013

• la sécurité sociale (CNAS) 16% pour la même année

Bipolarisé, le financement de la santé est devenu triangulaire: Etat, Sécurité sociale, Ménages. Voir la matrice financière.

Tableau 20: La matrice financière

AGENTS DE FINANCEMENT	2001	%	2011	%	2012	%	Evolution (%) 2011/2012
ETAT	57,4	24,5	376,2	44,3	404,8	44,3	7,6
SECURITE SOCIALE	72,5	30,9	186,0	21,9	195,0	21,3	4,8
MENAGES	94,9	40,5	214,2	25,2	226,2	24,7	5,6
MUTUELLES	2,0	0,8	6,0	0,7	7,0	0,7	16,7
ASSURANCES ECONOMIQUES	-	-	1,0	0,1	1,5	0,3	50,0
ENTREPRISES ECONOMIQUES PUBLIQUES	2,0	0,8	5,0	0,6	8,0	0,8	60,0
ENTREPRISES ECONOMIQUES PRIVEES	0,2	0,2	0,5	0,1	0,7	0,1	40,0
SECTEUR MEDICAL PRIVE (INVESTISSEMENTS)	5,2	2,1	60,0	7,0	70,0	7,7	16,7
COOPERATION INTERNATIONALE	0,3	0,2	0,8	0,1	0,9	0,1	12,5
TOTAL (DEPENSE NATIONALE DE SANTE –MDA)	234,5	100	849,7	100	914,1	100	7,6

Source : LAMRI Larbi, Accroissement de la Dépense Nationale de Santé des Ménages: Facteurs explicatifs ; journée d'étude sur « Le système de santé Algérien à l'épreuve de la transition plurielle », le 03 Mai 2015-Hôtel Mazafran-Zéralda.

[54] LAMRI Larbi, « Accroissement de la Dépense Nationale de Santé des Ménages: Facteurs explicatifs », Op-cit.

Les dépenses de santé ont depuis longtemps constitué une part importante des dépenses publiques en raison surtout de leurs répercussions directes sur la santé, la productivité et surtout le bien être de la population. Nous constatons que l'Etat demeure le principal financeur avec 44,3%, nous constatons aussi que la part des ménages (24,7%) est supérieure à celle de la Sécurité Sociale (21,3%). L'apport des autres sources de financement est marginal. L'évolution en 2012/2011 de la part des ménages (5,6%) est plus importante que celle de la sécurité sociale (4,8%)[55].

Au-delà des mérites et inconvénients respectifs des modes de financement que nous venons d'aborder, un trait commun se dessine entre le financement à la journée et le budget global. Tous deux représente un système de financement rétrospectif. Qu'il s'agisse de la constatation d'une activité réalisée (prix de journée) ou de la somme des moyens nécessaires pour fonctionner (budget global), l'Assurance-maladie finance des dépenses valorisées a posteriori.

Si l'Algérie a développé une politique de santé présentant des qualités incontestées, elle est aujourd'hui confrontée à un véritable défi consistant à assurer le difficile compromis entre la pression des contraintes économiques et les exigences croissantes des patients[56].Le nouveau système tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)constitue une révolution dans la gestion des établissements de santé publics, en posant comme référentiel central de la performance hospitalière la recherche de l'efficience. Ce sont désormais les ressources obtenues grâce à la production réelle de l'établissement qui vont alimenter la production future. Le développement de nouvelles activités, ou la reconversion de celles existantes, repose ainsi sur la capacité de l'établissement à autofinancer son activité[57].

2. Le nouveau financement basé sur les activités : L'application du système T2A

Le financement à l'activité est un mécanisme de financement prospectif. Le principe de base du financement prospectif est que le paiement est effectué après que les services aient été prodigués par les établissements hospitaliers. On dit de ce mode de financement que le « financement suit le patient ». Ainsi, le patient est une source de revenus plutôt qu'une source de dépenses[58].

---

[55] L'OMS et la BM recommandent que la contribution des ménages soit inférieure à 10% dans la DNS car il y'a risque d'appauvrissement des ménages économiquement faibles.

[56] BONNICI B., Op-cit, p.10.

[57] PASCAL Christophe et al, « L'information médico-économique entre décision stratégique et action publique : tout savoir pour peu pouvoir! », Politiques et management public, Vol 28/1 | 2011.

[58] OUELLETTE P., « Efficience et budgétisation des hôpitaux et autres institutions de santé au Québec », Étude pour le groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, novembre 2007.

Les deux éléments essentiels dans ce contexte sont les règles de la construction des GHM et le mode de calcul des coûts (sources de données employées, méthode de calcul).

Après avoir défini ce que l'on entend par Tarification à l'activité (T2A), expliqué le fonctionnement général et les conditions de sa mise en place, nous clarifions les effets possibles de son application en Algérie.

2.1. Définition de la tarification à l'activité

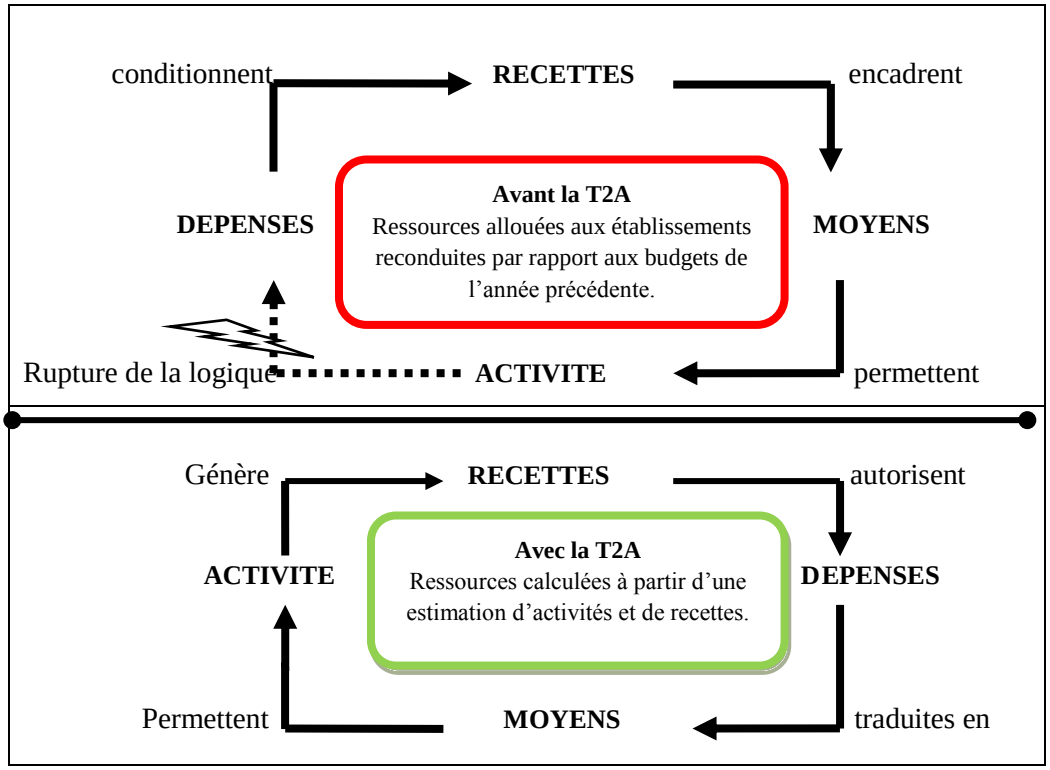
La T2A est « un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité, celle-ci étant définie par des épisodes de soins »[59]. La mise en place de la T2A, se fonde sur la théorie économique concernant les paiements prospectifs à la pathologie que les économistes de la santé désignent par le sigle « PPP », notamment au travers de l'expérience américaine.

Aujourd'hui la T2A est le mode de financement unique des établissements de santé publics et privés en France. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » **(ANNEXE 2)**, elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses. Le principe général est simple : les activités prises en charge réellement génèrent des recettes qui doivent couvrir les coûts de production liés à ces mêmes activités.

Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes. Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des CHS/GHM. Ce nouveau mode de financement concerne l'ensemble des établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et toutes les activités de soins MCO (cf. Schéma 5).

[59] OR Zeynep, RENAUD Thomas, « Principe et enjeux de la Tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) : enseignement de la théorie économiques et des expériences étrangères ». IRDES-Document de travail, n°23, Mars 2009, pp2-21.

Schéma 5: La T2A intégrée dans le financement des établissements de santé



Source : Schéma réalisé par nos soins d'après les données de OR Zeynep, RENAUD Thomas, « Principe et enjeux de la Tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) : enseignement de la théorie économiques et des expériences étrangères ». IRDES-Document de travail, n°23, Mars 2009.

La mise en place de la réforme en France se fait de manière progressive. Dans les secteurs public, la gestion de la transition est opérée par un mécanisme de maintien d'une part décroissante dans le temps de ressources allouées forfaitairement. Le schéma proposé par le gouvernement repose sur la mise en œuvre de trois étapes[60]. La première, opérée en 2004, a vu 10% des recettes déterminées en fonction de l'activité. La deuxième étape, en 2005, prévoit un pourcentage de 25%. En 2006, environ 35% des recettes entrent dans le cadre de la tarification, 50% en 2007 et 100% en 2008[61]. La loi ne prévoit pas, pour le moment, de limite à la tarification. Mais, certains établissements, soutenus par la Fédération Hospitalière de

[60] Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 (articles 22 à 34).
[61] EL SARRAJ Lama, « Exploitation d'un entrepôt de données, Guidée par des Ontologies: Application au management hospitalier », Thèse de doctorat en Informatique, Université d'Aix-Marseille, Faculté Des Sciences et Techniques de Saint-Jérôme, Laboratoire des Sciences de L'information et des Systèmes (LSIS) UMR CNRS 7296, Année 2014, p.30.

France, se mobilisent d'ores et déjà pour exiger que le Ministère limite la T2A à 50% de l'activité[62].

Néanmoins, l'orientation est expressément posée : la part financée à l'activité va s'accroître progressivement aux dépens de la part financée par dotation annuelle, qui devrait disparaître, mais une dotation annuelle complémentaire (DAC) va faire effet d'amortisseur car certaines activités spécifiques telles les urgences, la coordination des prélèvements d'organe et les greffes font l'objet d'un financement forfaitisé de près d'un milliard d'euro par an pour l'ensemble[63] (cf. Tableau 21).

Tableau 21: Les modalités de financement de la T2A

Financements directement liés à l'activité	Autres financements (dotations)	Forfaits annuels
• **Tarifs par séjour** (GHS et suppléments) • **Tarifs par prestation** (consultations, actes externes, urgence, prélèvements d'organes, HAD) • **Paiements en sus** (médicaments, dispositifs médicaux)	• **Missions D'intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation** (MIGAC)	urgences, prélèvements d'organes

Source : Réalisé par nos soins d'après, KRIEF Nathalie, « La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : Des enjeux économiques et sociaux compatibles», Rapport publié dans « comptabilité, contrôle, audit et institution (s), Tunisie (2006) », Janvier 2011, p.7.

Le nouveau mode de financement se fait d'une part en fonction de l'activité, d'autre part par dotation, selon cinq modalités[64] :

✓ Trois modalités générales de financement lié directement à l'activité : paiement d'un tarif unique par séjour (Groupes Homogènes de Séjours (GHS) et suppléments) des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement ; paiement d'un tarif par prestation

[62] Ministère des solidarités et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, Mission communication : DGOS-COM@sante.gouv.fr.
[63] KRIEF Nathalie, « La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : Des enjeux économiques et sociaux compatibles», Rapport publié dans « comptabilité, contrôle, audit et institution (s), Tunisie (2006) », Janvier 2011, p.7.
[64] Idem, pp.6-7.

pour les consultations, actes externes, urgences, prélèvements d'organes et hospitalisations à domicile (HAD) ; paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation.

- ✓ Une modalité particulière de financement mixte pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixe mais déterminé en fonction de l'activité réalisée (urgences et coordination des prélèvements d'organes).
- ✓ Une modalité de financement par dotation non fondée sur l'activité : versement d'une enveloppe de financement pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Cette modalité reconnaît que certaines missions, non directement productrices de soins quantifiables à travers les données du PMSI, doivent conserver des ressources indépendantes des variations de l'activité réalisée. Il s'agit de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation pour la part « missions d'intérêt général » ; de la qualité et de la mise en œuvre du SROS pour la partie « aide à la contractualisation ».

L'équité dans l'allocation des ressources financières devait introduire un équilibre dans la répartition de ces ressources, permettant aux différents établissements, quelles que soient leurs caractéristiques d'avoir une même base de traitement, notamment en matière de prix pratiqués. Mettre le secteur public et le secteur privé sur le même mode de financement, permet d'effacer les inégalités liées au financement[65].

Contrairement au financement par budget global, l'hôpital garde une maîtrise totale de ses choix budgétaires et de son processus de production. On peut citer trois avantages principaux de la T2A[66] :

• **La transparence :** la T2A assure en effet une plus grande transparence dans le financement des soins hospitaliers en liant le financement à la production des soins.

• **L'équité :** la T2A est également perçue comme un mécanisme « équitable » dans la mesure où on paie le même prix pour un même service pour tous les fournisseurs de soins. Cette équité dépend toutefois de la fiabilité de la classification de l'activité en groupes tarifaires : il est impératif que cette classification soit suffisamment fine, et les groupes suffisamment homogènes, pour que les établissements qui attirent systématiquement les patients les plus lourds ne soient pas pénalisés.

---

[65] DORMONT Brigitte, MILCENT Carine, « Quelle régulation pour les hôpitaux publics Français », Revue Française d'économie, Vol 17, N°17-2, 2002.

[66] APETE Geoffroy Kokou, « Optimisation médico-économique et organisation des services d'urgences hospitalières : Apport des systèmes multi-agents », Thèse de Doctorat de l'université de Lille 2, Spécialité Economie de la santé, Le 10 Octobre 2011 p.42.

• **L'efficience :** la T2A vise également à améliorer l'efficience, à la fois de chaque établissement individuellement et de l'ensemble du marché : elle introduit en effet une forme de compétition stimulant l'efficience dans un contexte où ces pressions compétitives étaient inexistantes jusqu'alors. Ceci suppose toutefois que les prix reflètent correctement les coûts des producteurs les plus efficients.

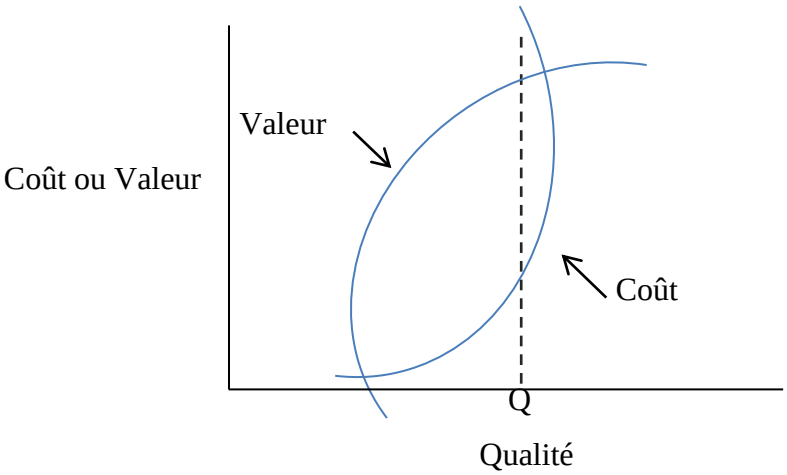
En gestion interne, cette nouvelle modalité de financement se traduit par la rénovation du dialogue. Quand la sécurité financière ne résulte plus de l'habileté à tendre la sébile au ministère, mais tient à la capacité des soignants à travailler avec efficience, alors le discours unilatéral sur les dépenses est remplacé par l'analyse en commun de la productivité médicale nécessaire pour équilibrer charges et produits dans le respect, voire l'amélioration, de la qualité du service rendu au patient[67].

Dans cette perspective, les établissements sanitaires devaient travailler à mettre en place des processus de réalisation optimisés et à se doter d'un bon système d'informations permettant de disposer de données fiables sur l'activité. La qualité des données servant à la construction à et à l'application de la T2A, ainsi que les choix de classification et de méthode effectués, sont essentiels à son bon fonctionnement.

2.2. La construction des Groupes Homogènes des Malades (GHM)

Fetter explique que le principe économique qui sous-tend le modèle « PPP » repose sur le compromis entre coût et qualité (cf. Schéma 6).

Schéma 6: Equilibre général du marché



Source: FETTER R.B, «Diagnosis-related groups: understanding hospital performance», Interfaces 21 (1), 1991, pp.6-26.

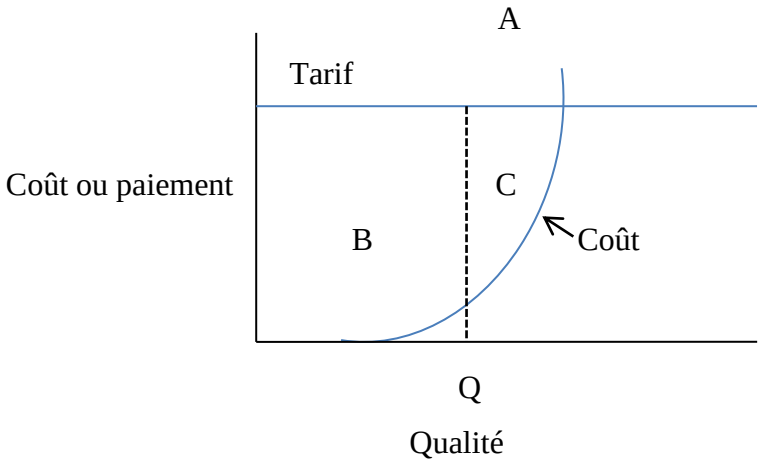
[67] GROLIER Jacques, MÉDÉE Patrick, PÉRARD Yvan, « La comptabilité de gestion à l'hôpital, VOL.1, Comptabilité analytique hospitalière », Presses de l'école des hautes études en santé publique-EHESP-, Septembre 2013, p. 3.

Dans le cas d'un marché optimal, l'augmentation de la qualité du produit engendre automatiquement une augmentation du coût. Les producteurs cherchent à minimiser leur coût de production pour une qualité donnée. De leur côté, les consommateurs donnent une valeur au produit selon son utilité. Le marché définit alors un niveau de qualité optimal au point « Q » qui maximise la valeur ajoutée[68].

Le marché des soins correspond en fait à un quasi-marché car il diffère des marchés conventionnels tant du point de vue de la demande que de l'offre. D'un côté, les consommateurs ne payent pas directement les prestations dont ils bénéficient (Sécurité Sociale, assurances privées..), d'un autre côté, ils ne sont pas en mesure de déterminer la qualité de la prestation. De ce fait, le manque d'information et l'absence de stimulation pour minimiser les coûts perturbe les forces du marché. De ce fait, il ne peut y avoir d'équilibre entre le coût et la qualité du produit, équilibre qui selon la théorie économique classique, s'établit naturellement dans le cadre d'un marché optimal.

La santé est le seul secteur à subir, à la fois, les effets de l'inflation et à ne pas bénéficier des avantages de l'économie de marché (notion d'égalité et de continuité d'accès aux soins). En établissant un tarif DRG (Diagnostic Related Groups), les hôpitaux sont dans l'obligation de limiter leurs coûts en évitant de préférence de dégrader la qualité de la prestation (zone B) (cf. Schéma 7).

Schéma 7: Equilibre du « marché » des soins



Source: FETTER R.B, «Diagnosis-related groups: understanding hospital performance», Interfaces 21 (1), 1991, pp.6-26.

[68]FETTER R.B, «Diagnosis-related groups: understanding hospital performance», Interfaces 21 (1), 1991, pp.6-26.

La tarification par DRG motive les producteurs de soins à se situer dans la zone C (soins de qualité au moindre coût).L'idée de base est de s'appuyer sur un système de classification des patients, de classer les séjours des patients dans des groupes cohérents à la fois sur le plan médical et sur le plan de l'homogénéité des coûts afin qu'une consommation moyenne de ressources puisse être déterminée pour chaque groupe.

La classification des DRG, conçue initialement comme outils d'analyse de l'activité, a été utilisé dès 1983 par l'administration américaine pour procéder au paiement forfaitaire des séjours hospitaliers des personnes âgées et handicapées, prises en charge par le programme fédéral Medicare. Il s'est ensuite étendu à la majorité des centres hospitaliers. La mise en place d'un paiement des hôpitaux sur la base des DRG a été progressive, étalée sur cinq ans[69].

La création d'un programme de médicalisation du système d'information hospitalière (PMSI), c'est-à-dire la constitution d'une banque de données d'informations sur les hospitalisations, sert à établir des groupes homogènes de malades (GHM) ayant subi des traitements analogues, permettant d'obtenir des informations médicales sur le séjour du patient dans l'unité fréquentée. Au début cette démarche était prévue pour lever le voile sur la « boîte noire » que constitue l'hôpital concernant son activité réelle, et envisager à terme de tarifier les activités de soins[70]. L'activité des établissements de santé est désormais mesurée grâce à une approche médicalisée et économique utilisant la classification en groupes homogènes de malades[71].

D'après R- Fetter : « Si chaque malade constitue bien un cas particulier dont le montant du séjour ne peut être prédéterminé[72], on parvient néanmoins à établir empiriquement des catégories de patients analogues qui présentent des caractères communs nécessitant des traitements analogues, ce qui entraîne des dépenses équivalentes ». Pour cela Fetter a recherché les principaux paramètres qui permettent d'expliquer pourquoi devant une même affection, les durées d'hospitalisation peuvent être différentes. Il estime que quatre données influence le temps passé à l'hôpital[73] :

- L'état général du malade lors de son admission ;

---

[69] MOSSE Philippe, GERVASONI Nathalie, KERLAU Monique, « Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies », Rapport réalisé pour la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE), 1999, p.8.

[70] BONNICI B., Op-cit, p.87.

[71] Méthodologie de regroupement des patients selon leur diagnostic.

[72] Robert Fetter avait remarqué que dans toute structure de soins (hospitalière notamment) coexiste deux systèmes d'informations qui s'ignorent : Les gestionnaires collectent des indications économiques et les médecins des données médicales et leurs renseignements ne se croisent presque jamais. Lorsqu'un patient sort de l'hôpital, nul ne peut établir avec précision ce qu'il a réellement coûté.

[73] FETTER R.B., « Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde », Journal d'Economie Médicale, N°5, 1986, pp.265-273.

- Avoir subi ou non une intervention chirurgicale ;
- Les complications survenant pendant son séjour ;
- Son âge.

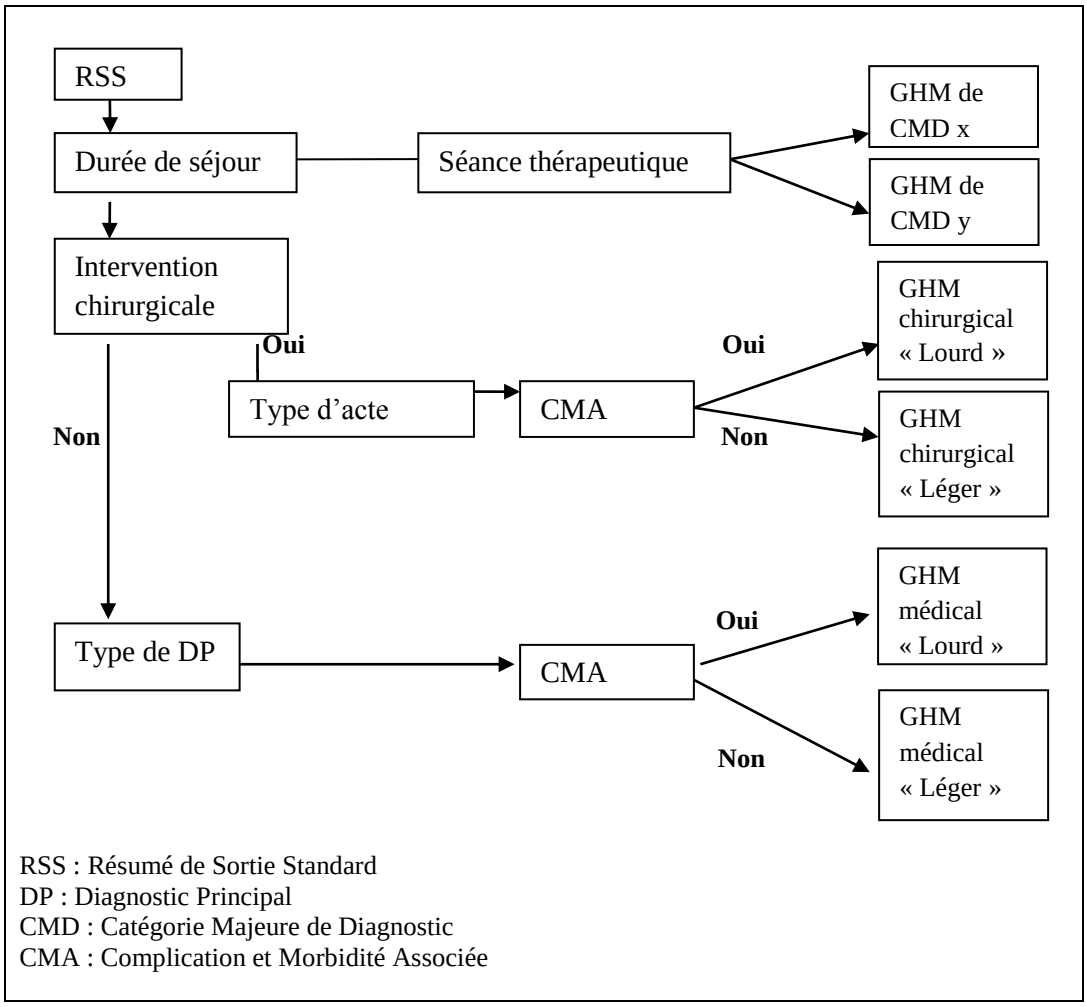
Cette approche probabiliste est basée sur l'analyse de la variance. C'est un modèle prédictif conduisant à estimer l'écart entre l'observation et le modèle[74].

A partir de ces éléments, Fetter a constitué 470 groupes de malades suffisamment homogènes du double point de vue de la cohérence clinique (mesuré par les médecins) et du coût (établi par les gestionnaires et les financiers). Exemple : une appendicite chez un homme jeune en bonne forme générale lors de son entrée à l'hôpital justifie le classement de ce patient dans un Groupe Homogène de Malade (GHM) différent de la série de ceux qui souffrent aussi d'une appendicite mais qui est âgé cardiaque et qui peut faire une péritonite pendant son séjour[75]. A partir de ce fait, les admissions à l'hôpital ne sont plus considérées comme équivalentes parce qu'elles ne correspondent pas au même input en raison de la différence de la complexité moyenne des cas traités ce qui implique une mobilisation différente des ressources des GHM.

En principe, la première étape qui amène à la tarification, débute après la fin du séjour du patient à l'hôpital. Le séjour est codé[76] par le médecin, la secrétaire renseigne tous les items présents pour le PMSI. Le programme de médicalisation des systèmes d'information permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un GHM auquel est associé un ou parfois plusieurs GHS. Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie[77](cf. Schéma 8).

[74] DE POUPOURVILLE G, « La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité », Sciences sociales et santé, 1990, V III, 2, pp.33-65.
[75] FETTER R.B., Op-cit.
[76] Le codage concerne deux types d'information, les diagnostics et les actes.
[77] EL SARRAJ Lama, Op-Cit, p. 32.

Schéma 8: La classification en Groupe Homogène de Malade (GHM)



Source : FETTER R.B., « Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde », Journal d'Economie Médicale, N°5, 1986 et LENAY Olivier et MOISDON Jean-Claude, « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », Revue Française de gestion N°146, 2003.

Le système français, compte au total 540 GHM répartis en 24 catégories majeures de diagnostics (CMD). Par ailleurs, il existe un système de pondération de ces groupes construite à partir de données médicales et économiques. Cette échelle attribue une valeur exprimée en point ISA (Indice Synthétique d'Activité) à chaque GHM[78]. ISA est l'unité de mesure de l'activité fixe par exemple : 1000 points pour un accouchement par voie basse sans

[78] MOISDON J.C., « Les contrats dans le nouveau système hospitalier: naissance d'une instrumentation ». Droit Social, septembre - octobre 1997, pp.872 - 876.

complication, 2337 pour un infarctus aigu du myocarde sans complication cardio-vasculaire, 20894 pour une transplantation pulmonaire[79]. Le coût des points ISA est obtenu en effectuant un rapport entre les charges de l'établissement et le nombre de points ISA produits :

$$Le\ coût\ des\ point\ ISA = \frac{Charges\ totales\ de\ l'hôpital}{Nombre\ de\ points\ ISA}$$

Le coût de chaque GHM est donc obtenu simplement en multipliant son nombre de points ISA par le coût unitaire du point ISA de l'établissement.

Le PMSI, de par l'utilisation qu'il fait d'unités d'œuvre médicalisées (les points ISA), est supposé mieux refléter le processus de formation des coûts que le modèle traditionnel de comptabilité analytique basé sur des indicateurs tels que les journées ou les lits. Le modèle est considéré comme une tentative d'objectiver la production de soins et son coût.

Mais la variabilité, première caractéristique biologique de l'homme, produit des situations cliniques et sanitaires qui rendent toute prise de décision difficile. François Gremy[80] estime que 50% des connaissances médicales deviennent obsolètes au bout de sept (07) ans, ce phénomène entraîne la remise en question des acquis. D'ailleurs Edgar Morin explique qu'en même temps qu'un progrès des connaissances, il y'a un progrès de l'incertitude et même un progrès de l'ignorance[81].

Le financement par cas facilite la concurrence pour la passation des contrats, en vue d'un traitement et limite la tendance des prestataires à augmenter le volume des services. Les hôpitaux sont incités à accélérer la rotation des malades (autrement dit à réduire les durées de séjour) mais cela peut conduire, dans une certaine mesure à un risque que les hôpitaux essaient, autant que possible de «faire passer » les patients dans les groupes de malades qui déclenchent le meilleur financement[82].

Les autorités publiques algériennes ont fait le choix de retenir ce système en l'adaptant au système de santé. Ce choix a été motivé par divers objectifs[83] :

---

[79] MOUGEOT Michel, « Régulation du système de santé », Rapport, Conseil d'Analyse Economique, La documentation Française, Paris, 1999, p.23.
[80] GREMY F., « Informatique médicale », Flammarion, Paris, 1987.
[81] MORIN E., « Sciences avec conscience », Edition révisée, Fayard, Paris 1990.
[82] NAIDITCH M., MOSSÉ P., « Financement T2A : quel modèle de la performance de l'hôpital ? Réflexion sur le sens d'une réforme », Revue Gestions Hospitalières, n°450, novembre 2005.
[83] CLAVERRANE J.-P., PASCAL C., « T2A et gestion hospitalière : La physiologie du moment », Revue Gestions Hospitalières, n°449, octobre 2005.

- **Amélioration de la qualité de gestion des hôpitaux**

Cet avantage est clairement à l'origine de l'instauration de ce système de financement. En mettant en place les systèmes de classification, les hôpitaux documentent leurs procédures et peuvent identifier les sources de consommation de ressources. En plus, ils sont en mesure de comparer leurs résultats, niveaux d'activités et coûts dans le temps et entre hôpitaux. Cette connaissance est un incitatif puissant à s'améliorer.

- **Augmentation de l'efficience et la réduction des coûts par patients**

En effet, le montant remboursé selon le groupe dans lequel le patient est classifié est connu des établissements. Avec l'information dont ils disposent, ils vont être incités à améliorer leurs procédures afin que les ressources utilisées soient en deçà de ce qui est remboursé. Ceci peut aussi conduire à l'adoption par les établissements des meilleures pratiques cliniques.

Comme le système français, le système algérien compte au total 540 GHM répartis en 24 catégories majeures de diagnostics (CMD). Soumis à la T2A, les établissements sontincités à coder toute activité ayant mobilisé des ressources, et d'un autre côté, l'Assurance-maladie est incitée à contrôler les éventuels surcodages afin de limiter les paiements non justifiés. Le contrôle de l'assurance maladie s'opère en deux phases. Une première étape consiste à identifier statistiquement les codages déviant et une deuxième étape procède par vérification sur site de la justification du codage par rapport aux éléments présents dans les dossiers patient ciblés à la première étape.

Le développement, encore embryonnaire du système de la T2A provoque un retard dans la mise en application de la contractualisation comme nouveau mode de financement des hôpitaux publics en Algérie. Il existe trois (3) types d'obstacles :

- Obstacles culturels : les professionnels hésitent à détailler leurs activités
- Obstacles méthodologiques : comment caractériser les soins
- Obstacles techniques : outils informatiques, nomenclatures, recueil des données

L'histoire des cycles de financement a permis de montrer que l'hôpital algérien devait se moderniser. Le développement d'outils de pilotage qualitatifs comme le contrôle de gestion ou encore une comptabilité analytique plus précise est indispensable. Pour les établissements c'est un moyen de comparer la qualité et les coûts de leurs activités en plus d'améliorer leur capacité de négocier avec le payeur et pour le bailleur de fonds, l'amélioration de

l'information sur les coûts de revient des activités hospitalières leur permet de comparer la performance des établissements, la comprendre et l'influencer[84].

Section 3 : La comptabilité de gestion à l'hôpital : Le nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) en Algérie

Le secteur hospitalier est en perpétuel mouvement. Les techniques évoluent, les soins s'améliorent, la structure de l'hôpital s'adapte aux nouvelles exigences des soins de santé et aux attentes du patient. La comptabilité donne les moyens de juger de sa rentabilité (introduction de la notion de résultat) et de sa solvabilité (capacité à générer de la trésorerie)[85].

Dans ce contexte, le M.S.R.H en collaboration avec le ministère des finances a ordonné la mise en place d'un système d'information et de calcul des coûts dans les hôpitaux publics, et cela par l'installation du système de triple comptabilité hospitalière (3COH) à partir de janvier 2010.

En ce sens, l'objectif de cette section est de situer l'impact que peut avoir le nouveau système 3COH sur la gestion et le financement des hôpitaux publics.

1. La triple comptabilité hospitalière

Le système 3COH permet aux usagers du système d'avoir l'ensemble des informations comptables et financières disponibles au sein de l'hôpital afin d'aider le gestionnaire à prendre des décisions. La mise en place d'un système de gestion à « triple » comptabilité au sein des établissements hospitaliers est certes un défi de taille, mais elle devient une nécessité pour la maîtrise des budgets, le suivi du patrimoine et la gestion des coûts.

Par ces trois comptabilités, le système 3COH[86] offre des indicateurs de décision plus pertinents, et une identification réelle des besoins de l'établissement.

1.1. La comptabilité générale

La comptabilité générale, est un système ancien et simple consistant à enregistrer les opérations, c'est un système de modélisation monétaire des flux économiques[87]. Désormais

[84] CHERIET Fouad, « Essai de détermination des coûts en milieu hospitalier: Cas de l'hospitalisation pour accouchement simple dans les maternités de Targa Ouzemmour et d'Aokas dans la wilaya de Bejaïa », In cahiers du CREAD, Numéro spéciale, « Transition et système de santé en Algérie », 2009, p.132.
[85] GRIFFITHS Stéphane, « Comptabilité générale », Vuibert, 4e édition, Mars 2004, p.11.
[86] Logiciel développé par un consultant de renommée internationale, Mr BELBAHRI Nadir. Le ministère des finances pilote le projet.
[87] BOUQUIN Henri, « Une défense de la comptabilité de gestion », Revue Française de comptabilité, Février 1993.

appelé comptabilité financière, ces informations permettent les prises de décision et la comparaison des performances.

❖ **Utilité et fonctionnement de la comptabilité générale**

Les écritures comptables sont passées selon le système dit « en partie double »[88] : chaque écriture affecte au moins deux comptes, l'un étant débité et l'autre crédité conformément aux dispositions de l'article 5 du décret exécutif n° 91-313[89].

L'information financière doit respecter les règles suivantes[90] :

- **L'intelligibilité** : l'information doit être facilement compréhensible pour les lecteurs et les utilisateurs des comptes ;

- **La pertinence** : l'information doit être fournie en appliquant le concept d'importance relative, pouvant influencer le lecteur dans son appréciation ou sa décision ;

- **La fiabilité** : l'information dans sa nature et dans son évaluation doit donner l'image fidèle du patrimoine et de la situation financière de l'entité.

Pour ce faire, la comptabilité générale utilise une nomenclature de comptes qui comprend :

- **Les comptes de bilan** (**ou de situation**) destinés à établir l'inventaire : Il mesure le patrimoine d'un établissement à un moment donné (actif et passif). Un actif est une ressource contrôlée du fait d'événements passés et dont des avantages économiques futurs sont attendus. On retrouve dans l'actif, l'argent en caisse, les créances, les stocks (médicaments, réactifs, produits d'entretien, consommables, pièces de rechange, …), les immobilisations (terrains, constructions, installations, matériel médical, mobilier de bureau, véhicules, ambulances, …), et un passif est une obligation actuelle résultant d'événements passés et dont l'extinction devrait se traduire par une sortie de ressources représentative d'avantages économiques, on retrouve dans le passif, les emprunts, les sommes dues aux fournisseurs divers, les impôts à payer, les effets à payer…etc.. Un bilan est, du point de vue comptable, toujours équilibré (passif = actif)[91].

- **Les comptes de résultat** qui mesurent les ressources (produits) et les moyens consommés (charges) pendant une période : Les produits sont les accroissements d'avantages économiques au cours de l'exercice, sous forme d'entrées ou d'accroissements d'actifs, ou de

---

[88] Le premier Traité de comptabilité paraît en 1494 sur une presse de GUTENBERG sous le titre de «Tractatus XI particularis de computus et scripturis », le franciscain Luca PACIOLI présente les notions fondamentales de la comptabilité à partie double.

[89] http://www.site3coh.dz

[90] MERCANTON Eric, ROUSSEAU Jean-Marc, « Les normes IAS/IFRS», Edition Dalloz, Paris, Juin 2006, p.13.

[91] MERCANTON Eric, ROUSSEAU Jean-Marc, Op-Cit, pp11-12 et BONNET François, « Comptabilité générale pour la gestion : Les fondements », Tom1, Edition Economica, Novembre 1992, p.13.

diminutions de passifs qui ont pour résultat l'augmentation des capitaux propres. Contrairement aux produits, les charges sont des diminutions d'avantages économiques au cours de l'exercice sous forme de sorties ou de diminutions d'actifs, ou de survenance de passifs qui ont pour résultat de diminuer les capitaux propres[92].

- **Le tableau de flux de trésorerie** est un document comptable très apprécié par les dirigeants pour une raison simple : il est facile à interpréter car il n'y figure que les entrées et les sorties d'argent. Le tableau fournit des informations qui permettent aux utilisateurs d'évaluer les changements de l'actif net de l'entité (hôpital), sa structure financière (y compris sa liquidité et sa solvabilité) et sa capacité à modifier les montants et l'échéancier des flux de trésorerie pour s'adapter aux changement de circonstances et opportunités[93].

Dans le système 3 COH, le module de COMPTABILITÉ GÉNÉRALE est le cœur du système ; c'est vers lui que convergent, en fin de mois, les sommaires comptables des autres modules (STOCKS, ACHATS, CONSOMMATION, …) qualifiés de « modules auxiliaires » par opposition au module central représenté par la comptabilité générale. En effet, ce module prend en charge le sommaire des opérations, le détail étant géré au niveau de ces modules auxiliaires. De plus, la comptabilité générale ne prend en compte que les valeurs et ne se préoccupe nullement des quantités. Fondamentalement, ce module permet d'assurer les fonctions suivantes :

a) Gestion du plan comptable de l'établissement ;
b) Saisie et validation des « Opérations Diverses » (O.D) ;
c) Centralisation des journaux auxiliaires ;
d) Production de divers états, dont la balance générale[94].

Inspiré du système comptable financier (loi no 07 du 25/11/2007), le système comptable des hôpitaux a été spécifiquement développé pour les besoins des établissements hospitaliers algériens dans le cadre du projet de mise en œuvre d'un système informatisé de comptabilité de gestion au sein des hôpitaux[95].

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, la comptabilité analytique hospitalière (CAH) a connu un fort développement. La comptabilité analytique en milieu hospitalier devient dès lors, un élément essentiel de la prise de décision stratégique et

---

[92] MAILLET Catherine, LE MANH Anne, « Normes comptables internationales IAS/IFRS », Edition Berti, Alger, 2007, p.33.
[93] Idem, p.37.
[94] PRÉSENCES International, manuel de l'utilisateur, Op-Cit, p.165.
[95] Dans le plan comptable des hôpitaux, inspiré du système comptable financier (SCF), les comptes des classes 1 à 5 sont des comptes de bilan, alors que les comptes des classes 6 et 7 sont des comptes de gestion.

opérationnelle. Alors que la comptabilité générale est la comptabilité du global, la comptabilité analytique représente la comptabilité du détail (cf. Tableau 22).

Tableau 22: Les caractéristiques comparées de la comptabilité générale et de la comptabilité analytique

Critères de comparaison	Comptabilité générale	Comptabilité analytique
Au regard de la loi	Obligatoire	Facultative
Vision de l'entreprise	Globale	Détaillée
Horizon	Passé	Présent-Futur
Nature des flux observés	Externes	Internes
Documents de base	Externes	Externes et Internes
Classement des charges	Par nature	Par destination
Objectifs	Financiers	Economiques
Règles	Rigides et normatives	Souples et évolutives
Utilisateurs	Tiers + Direction	Tous les responsables
Nature de l'information	Précise-Certifiée-Formelle	Rapide-Pertinente-Approchée

Source : MARGERIN Jacques, AUSSET Gérard, « Bases de la comptabilité analytique », Editions d'Organisation, Avril 1991, p.30.

La comptabilité analytique, permet en effet de passer du plan de l'organisme, considérée comme un tout, aux plans particuliers des fonctions, centre d'activité, produits, opérations… selon les besoins de la gestion[96].

1.2 La comptabilité analytique

Les organisations de soins de santé utilisent la comptabilité analytique pour estimer le coût unitaire de leurs services, ce qui pourrait les aider à planifier un budget réaliste et à fixer un tarif pour les prestations réalisées.

La comptabilité analytique n'est pas un substitut de la comptabilité générale. Elle en est un complément. La comptabilité analytique permet de[97] :

- Parler un langage commun de gestion ;
- Connaître le coût des activités réalisées au sein de l'établissement ;
- Comparer les coûts entre les établissements de même taille et de même périmètre ;

[96] MARGERIN Jacques, AUSSET Gérard, « Bases de la comptabilité analytique », Editions d'Organisation, Avril 1991, p.24.
[97] Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins, « Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière », Janvier 2012, p.8.

- Faire une projection des coûts des nouvelles activités ;
- Identifier les leviers d'amélioration au sein d'une activité clinique, médico-technique ; logistique ou administrative ;
- Evaluer la contribution de chaque service à l'équilibre financier global ;
- Mener le suivi des actions de réorganisation relevant du pilotage médico-économique à l'échelle d'un service, d'une structure interne ou plus largement à l'échelle d'un établissement ;
- Facilité les analyses prospectives.

Elle va offrir au gestionnaire des informations plus fines, en particulier les charges par destination et lui donner des réponses à des questions telles que :

- Quelles ont été les charges de personnel du service infectieux ?
- Quelle a été la valeur des médicaments consommés par le service Ophtalmologie?
- Quel est le coût d'un acte, par exemple une greffe rénale?
- Quel a été le nombre d'hospitalisations annuel?

Les résultats sont obtenus, d'une part à partir des éléments enregistrés en comptabilité générale et, d'autre part, à partir de données saisies au niveau du module de la COMPTABILITÉ ANALYTIQUE[98].

Le choix d'un modèle de comptabilité analytique est fondamental dans la mesure où il détermine les règles et les options comptables appliquées pour le calcul des coûts. Eu égard aux éléments retenus pour la structuration du système analytique et aux objectifs fixés, il convient de chercher à déterminer la méthode la plus adaptée à l'hôpital algérien.

1.2.1. La méthode des sections homogènes[99]

C'est une méthode de tradition française, l'entreprise est découpée en sections qui sont des entités de son organisation ou des fractions d'entités. L'application de la méthode comporte les étapes suivantes :

❖ **Affectation des charges directes aux produits :**

Affecter les charges directes aux produits permet de déterminer un coût direct. Cette affectation s'effectue pour une part sur la base de document de la comptabilité générale (par exemple, facture de sous-traitance) et, pour l'essentiel, sur la base de document spécifiques au système d'information analytique, destinés à saisir des consommations. Pour les matières, il s'agit de valoriser les consommations prélevées sur les stocks, c'est-à-dire connaitre : les

[98] La comptabilité analytique est fondée sur la comptabilité générale.
[99] Méthode des coûts complets

quantités consommées et coût d'achat unitaire et pour la main d'œuvre directe, il s'agit de valoriser des temps de travail, c'est-à-dire connaitre : les nombre d'heures productives et coût horaire de l'heure productive[100].

❖ **Répartition des charges indirectes dans les centres d'analyse :**

Il s'agit d'abord de découper l'entreprise en centre d'analyse. Ce découpage repose sur l'étude du cycle d'exploitation et permet de regrouper dans un même centre des activités homogènes. On distingue trois types de centres d'analyse[101]:

- ✓ **Centres principaux** : ils correspondent aux fonctions opérationnelles principales (approvisionnement, production, distribution). On peut aisément définir une relation entre leur activité et les produits obtenus.

- ✓ **Centres auxiliaires** : ils correspondent à des fonctions opérationnelles secondaires (entretien, transport...).il est difficile d'établir une relation entre leur activité et les produits obtenus, par contre leur activité dépend des centres opérationnels principaux car ils leur fournissent un certain volume de prestations.

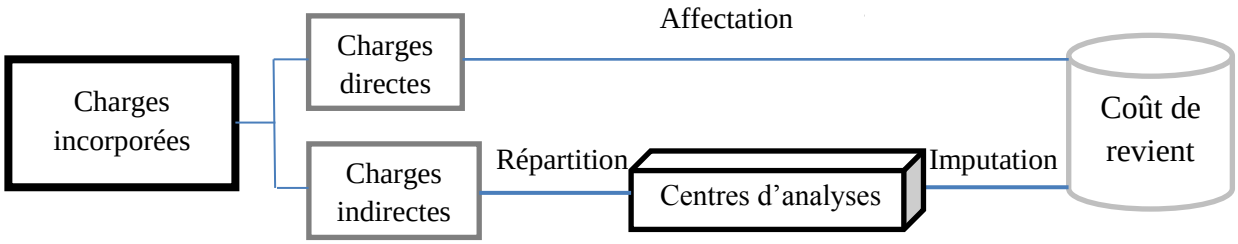
- ✓ **Centres de structure** : ils correspondent à la structure de l'entreprise et regroupent en général les coûts de la fonction direction et de la fonction administrative et financière.

Les charges indirectes sont répartis aux centres, à travers des clefs de ventilation[102] qui doivent être les plus réalistes possibles sur le plan économique (par exemple, loyer au prorata de la surface occupée par chacun des centres, dépenses de chauffage et d'électricité au prorata du cubage...) puis imputés aux produits au prorata des unités d'œuvres[103] que chaque centre leur consacre[104] (cf. Schéma 9).

---

[100] ARNAUD Hervé, GARMILIS Ali, VIGNON Veronique, « Le contrôle de gestion en action », Editions Liaisons, 2eme édition, 11/09/2001, p.89.
[101] Idem, p.91.
[102] Clé permettant de mettre en œuvre le procédé de ventilation des charges nettes d'une activité sur les sections d'analyse bénéficiaires de sa prestation
[103] Unité de mesure dans un centre d'analyse servant notamment à imputer le coût de ce centre aux coûts des produits.
[104] BOUQUIN Henri, « Comptabilité de gestion », Edition Economica, 2000, p.136.

Schéma 9: Ventilation des charges incorporées dans la méthode des sections homogènes



Source : Réalisé par nos soins d'après JACQUOT Thierry et MILKOFF Richard, « Comptabilité de gestion : Analyse et maîtrise des coûts », Collection Gestion appliquée, Pearson Education France, 2007, p.80.

C'est la méthode appliquée dans les hôpitaux algériens, elle s'appuie sur un découpage de l'établissement hospitalier en plusieurs parties ayant des activités proches. Sa finalité est le calcul du coût de revient des prestations hospitalières. Toutefois, pour mettre en place ce système de calcul des coûts, plusieurs étapes s'imposent :

1. Une définition préalable des objets de coûts (Acte médical, journée d'hospitalisation, séjour hospitalier…) ;
2. Le découpage de l'hôpital en centre d'analyse[105] ;
3. Le choix des clés de répartition et des unités d'œuvre ;
4. Définition du périmètre de charges (charges incorporables)[106] ;
5. Déversement des charges sur les centres d'analyse, puis sur les objets de coûts.

Pour constituer le coût d'un séjour hospitalier pour un patient, il faut déterminer les charges directes qui représentes les dépenses directement imputables au patient (consommables, dispositifs médicaux) et les charges indirectes (plateaux techniques, les services administratifs généraux) qui sont réparties dans des centres d'analyse selon des inducteurs de type volumique (nombre de main-d'œuvre, nombre d'examens, nombre de séances…..).Les opérations d'analyse comprennent[107] :

- L'affectation des charges qui peuvent être directement rattachées aux centres ;
- La répartition entre les centres des autres charges qu'ils doivent prendre en compte ;
- La cession de prestations entre centres.

[105] Deux questions doivent-être posées : Combien de centre d'analyse ? De quelle nature ?
[106] Du fait des différences d'incorporation, la somme algébrique des résultats analytiques ne sera pas égale au résultat apparaissant en comptabilité générale.
[107] MARGERIN Jacques, AUSSET Gérard, Op-cit, p.11.

Le découpage analytique se fait donc selon l'importance et la hiérarchisation de l'activité, ce qui nous conduit à distinguer deux types de sections d'analyse en milieu hospitalier (cf. Tableau 23).

Tableau 23: Sections principales et sections auxiliaires en milieu hospitalier

Sections principales	**Sections auxiliaires**			
	A caractère médical	**A caractère général**		
		Administration	Service économique	Service social
Hospitalisation Hôpital de jour Consultation Urgences Hémodialyse Stomatologie Médecine du Travail Médecine Légale SAMU	Bloc opératoire Imagerie Laboratoire Exploration F SEMEP Ergothérapie Rééducation	Distribution Économat Personnel Bureau Entrées Surveillance Standard Bibliothèque	Pharmacie Magasins Parc Auto Lingerie Buanderie Cuisine Entretien Hygiène	Assistance Sociale Médecin personnel Chambres de garde Logements d'astreinte Crèche Internat Locaux syndicaux Foyer / cafétéria

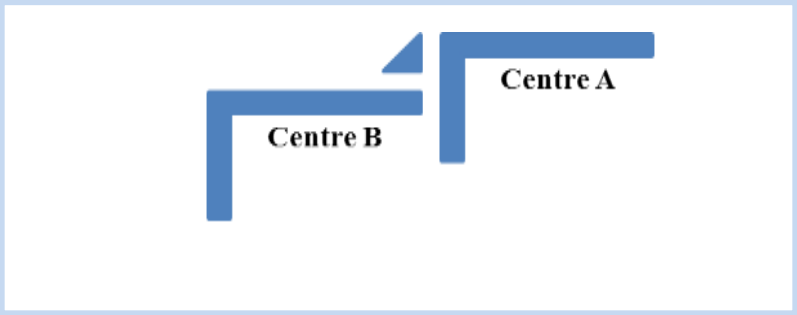
Source : MSPRH, « Guide méthodologique de calcul des coûts en milieu hospitalier », Alger, 2001.

Les sections d'analyse principales ou définitives collectent l'ensemble des coûts associés à la production de soins, et les sections d'analyse auxiliaires collectent le coût des activités non cliniques[108].Il existe deux techniques de répartition des charges indirectes[109] :

- **La répartition dite en escalier ou en cascade** : Le déversement des charges indirectes se fait en cascade sans tenir compte des prestations réciproques que peuvent se fournir deux sections d'analyse (cf. Schéma 10).

[108] Les coûts sont ensuite répartis dans les sections d'analyse principales.
[109] Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière BOS N° 2011-3, p.16.

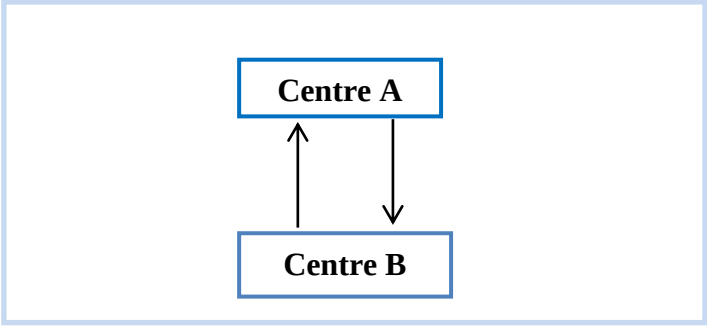
Schéma 10: La répartition en escalier des charges indirectes



Source : Réalisé par nos soins à partir du guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière BOS N° 2011-3.

➢ **La répartition selon les prestations internes et réciproques** : La répartition des charges indirectes prend en compte dans le coût des sections d'analyse les prestations croisées et les prestations de chaque centre. Cette méthode permet de connaitre de façon très précise le coût complet de toutes les unités fonctionnelles[110] avant leur déversement (cf. Schéma 11).

Schéma 11: La répartition croisée des charges indirectes



Source : Réalisé par nos soins à partir du guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière BOS N° 2011-3.

La pratique appliquée au sein des établissements de santé est celle en cascade du fait que la répartition interne et réciproque est complexe et présente plusieurs équations à résoudre.

Au terme de ces opérations, le coût de chaque centre d'analyse peut être imputé au coût à l'aide d'une « unité d'œuvre » (B pour les actes de laboratoire, R pour les actes de radiologie, K pour les actes de chirurgie….). Pour ce faire l'existence d'un système d'information relativement développé est primordiale. Cependant, les changements

[110] Plus petite entité de l'établissement, à partir de laquelle la collecte des informations (d'activité et/ou économiques) peut être réalisée et utilisée dans les applications informatiques.

continuels de traitement et de diagnostics médicaux depuis la création de la médecine moderne ont rendu extrêmement difficile la construction d'une mesure standardisée de l'activité hospitalière.

La méthode des sections homogènes perd de vue le coût des activités de support en raison des imputations en cascades. Elle décrit des solutions de calculs complexes pour résoudre des équations à plusieurs inconnues[111]. Le problème est que ce modèle s'appuient sur des informations émanant du système comptable classique, qui a été conçu lorsque la concurrence entre les hôpitaux était plutôt locale et que la qualité du service était moins décisive pour son succès. **Aujourd'hui, la concurrence est rude, les établissements de santé réalisent une gamme très large de prestations de services et les charges de structure et de soutien sont très importantes pour sa pérennisation. L'approche ABC permet à l'établissement d'utiliser ses ressources de façon optimale en renseignant sur les processus de production pour fournir des produits ou des services à ses consommateurs (patients).**

La méthode ABC est donc conçue pour connaître le coût d'un acte médical complexe avec une fiabilité plus grande que celle procurée par les autres méthodes[112]. L'introduction de la notion d'activité permet de connaître le niveau de performance économique des hôpitaux et réduit l'approximation habituelle sur l'imputation des charges indirectes.

1.2.2. La méthode ABC[113]

La comptabilité à base d'activité est née, dans les années quatre-vingts, des travaux du CAM-I (Computer Aided Manufacturing-International), association internationale créée en 1972 à l'initiative de grands groupes industriels américains pour organiser et financer collectivement des programmes de recherche dans différents domaines. Elle a été conçue afin de pallier aux inconvénients des méthodes traditionnelles de comptabilité analytique, notamment la méthode des sections homogènes.

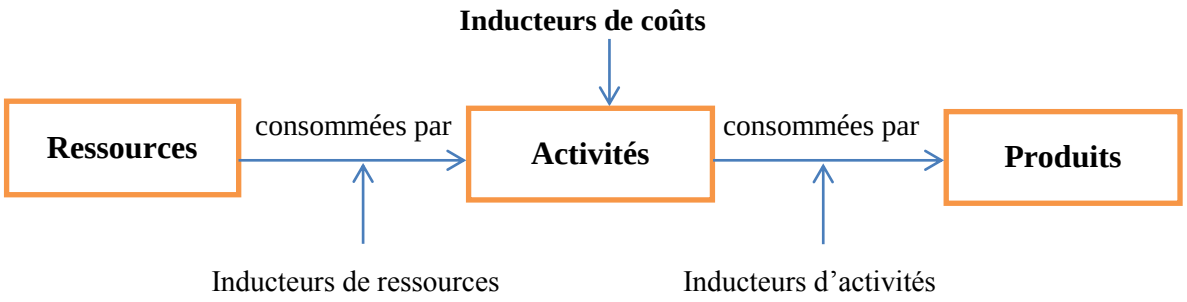
LORINO, explique qu'une activité est un ensemble de tâches et d'actions réalisées par un individu ou une équipe, faisant appel à un ensemble homogène de savoir-faire, ayant un comportement cohérent du point de vue des coûts et des performances[114]. La méthode ABC entraîne des effets positifs directs sur la réduction des coûts par la mise en évidence

[111] BOUQUIN Henri, 2000, Op-cit.
[112] ALVAREZ Fabienne, « Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques Organisationnels », Recherche et Santé, 1997.
[113] Activity Based Costing ou en Français la comptabilité à base d'activité.
[114] LORINO P., « Le contrôle de gestion stratégique : La gestion par les activités », Edition Dunod, Paris, 1991, p.59.

d'activités sans valeur à supprimer ou à sous-traiter, par la reconfiguration de la consommation des activités par les produits (ou services) offerts, ou bien encore par la réduction des coûts de fonctionnement des activités.

Fondée sur la description des processus[115], cette méthode mesure très précisément les coûts associés aux ressources consommées par les activités qui constituent le processus (cf. Schéma 12).

Schéma 12: Des ressources aux activités et aux produits dans la méthode ABC



Source : Réalisé par nos soins d'après BARON P., CORFMAT D., HELLEY A., « La mutation du contrôle de gestion », Edition d'Organisation, Paris, 2000, p.119.

Cette méthode repose sur l'analyse du fonctionnement de l'entreprise, décomposé en activités élémentaire. Les ressources de l'entreprise ne sont plus imputées aux produits, mais considérées comme la base de financement des activités. Plusieurs types de coûts peuvent être déterminés : coût des inducteurs[116].

Pour mieux expliquer le déroulement de la méthode ABC, il est important de s'intéresser à la notion d'inducteur. C'est un facteur que l'on considère comme étant le principal responsable de la formation de coût. Toute modification du niveau de l'inducteur de coût (principe de causalité) entraîne une modification du coût total de l'objet de coût[117].

Il existe deux types d'inducteurs, les inducteurs de ressource et les inducteurs d'activités[118] :

[115] Un processus est un ensemble d'activités nécessaires pour fournir un produit ou un service.
[116] JACQUOT Thierry et MILKOFF Richard, « Comptabilité de gestion : Analyse et maîtrise des coûts », Collection Gestion appliquée, Pearson Education France, 2007, p.68.
[117]GOSSELIN Maurice, MEVELLEC Pierre, « Plaidoyer pour la prise en compte des paramètres de conception dans la recherche sur les innovations en comptabilité de gestion », Comptabilité- Contrôle- Audit/ numéro spécial, 2003, pp.87-109.
[118]BOISVERT Hugues, « La Comptabilité par activités », Edition ERPI, 1998, p.44.

A. Inducteurs de ressources :

Ce facteur permet la ventilation des charges donc des ressources entre les différentes activités identifiées. Il traduit le degré et l'ampleur de l'utilisation faîte des ressources. Exemple : Nombre d'heures consacrées à chaque activité pour la répartition des salaires.

Après avoir défini les activités, identifié les ressources nécessaires à leur réalisation et leurs inducteurs il faut procéder au rattachement des ressources aux activités, ce qui revient à calculer le coût des activités.

B. Inducteurs d'activités :

La répartition des coûts d'une activité entre les objets de coût[119] se fait sur la base d'un facteur qui est à l'origine de la consommation des ressources pour cette activité, c'est ce facteur qui est l'inducteur d'activité. Il constitue le lien entre les activités et les objets de coûts d'une organisation. À long terme, l'inducteur est la loi qui influence le niveau des coûts[120].

De nos jours, cette méthode est indissociable de son utilisation managériale, dite management des activités ou ABM. Concrètement, cela consiste à grouper les activités selon leur nature : principale ou de soutien, selon leur coût, leur valeur ajoutée, les risques, les opportunités d'amélioration ou selon tout autre facteur que l'établissement cherche à maîtriser.

Le gestionnaire de service dispose d'informations importantes pour l'aider à prendre une décision d'achat, et étudier les futures propositions concurrentielles. Bien entendu le choix entre faire ou faire faire va dépendre également du coût d'autres processus.

Connaître le coût d'un processus est difficilement accessible avec la comptabilité traditionnelle de l'hôpital. La problématique du produit hospitalier est que[121] :

- Le produit de soins est immatériel et par conséquent, il n'est pas possible d'avoir une opinion sur un service médical comme pour un produit industriel. L'évaluation de la qualité de la prestation et la quantité d'input nécessaire sont très délicates à mesurer et reposent sur un jugement professionnel.
- La production de soins n'est pas stockable, ce qui empêche de gérer la demande. Ce facteur réduit la flexibilité des hôpitaux et introduit une source d'incertitude.
- La production de soins a lieu dans le cadre d'une relation directe entre les patients et le personnel, ce qui rend difficile l'intervention de la direction dans cette relation fusionnelle.

[119] Catégorie de type utilisé dans l'analyse des coûts des productions d'une entreprise (produit, client,…).
[120] BOUQUIN Henri, « La comptabilité de gestion », Collection que sais-je ?, 1ère Edition PUF, 1997, p.74.
[121] GERVAIS Michel, « Contrôle de gestion », Edition Economica, 9ème édition, Paris, 2009, pp.723-725.

Se situant en bout de chaîne, tant de l'activité que des systèmes d'information, le comptable analytique est tributaire de l'ensemble du fonctionnement médico-administratif, et ce n'est que par la collaboration clairement organisée des parties prenantes qu'il peut obtenir sa pleine utilité[122]. Les coûts unitaires d'activité peuvent être regroupés selon des géométries variables pour déterminer différents types de coûts : le coût de la prise en charge du patient au niveau de l'hôpital, le coût du processus d'approvisionnement en médicament, le coût d'un service de soins, le coût des actes médicaux et chirurgicaux. Les possibilités d'analyse offertes par la méthode ABC sont multidirectionnelles **(ANNEXE 3)**.

Néanmoins, pour pouvoir adopter le model ABC au sein des hôpitaux, il faut respecter les étapes suivantes :

- ✓ Identification des activités[123] ;
- ✓ détermination des ressources consommées par les activités ;
- ✓ Identification des inducteurs de ressources ;
- ✓ Allocation des ressources aux activités ;
- ✓ Identification des inducteurs d'activités.

Le système 3COH[124] a pour but, la gestion efficace et transparente de l'hôpital public et la détermination réelle des coûts de l'activité hospitalière, pour une adaptation du système à la T2A. L'extrême complexité du processus de soins est un défi posé à l'application de règles comptables issues de l'univers industriel.

1.3. La comptabilité budgétaire

L'absence d'une consolidation rapide et virtuelle (en temps réel) du budget une fois exécuté, ainsi que les défaillances au niveau du contrôle financier, concourent dans une large mesure aux mauvais résultats enregistrés. Cette situation entraîne un décalage entre les différents systèmes de bases de données institutionnelles et des difficultés dans la consolidation de données fiables dans la base de données centrale située à l'office du budget. Ni les comptes budgétaires internes ni les comptes externes ne font véritablement l'objet d'un contrôle et il y a énormément d'interférences politiques de haut niveau dans le suivi des

[122] GROLIER Jacques, MÉDÉE Patrick, PÉRARD Yvan, « La comptabilité de gestion à l'hôpital », VOL.1, Comptabilité analytique hospitalière, Presses de l'école des hautes études en santé publique-EHESP-, Septembre 2013, p.243.
[123] Recenser toutes les activités génératrices de valeurs.
[124] Le ministère de la santé, en collaboration avec le ministère des finances, a élaboré ce nouveau système de contrôle de gestion supposé remédier aux nombreux dysfonctionnements du SIH.

contrôles, ce qui empêche de présenter les cas soulevant des questions de fond ou d'appliquer des sanctions[125].

L'adoption d'un système budgétaire moderne, à support informatique permettra un accès transparent à l'information pour un suivi approprié de tous les projets et une budgétisation axée sur les résultats à l'avenir. L'exécution du budget se traduit pour l'établissement par trois types d'opérations :

- L'émission de mandats et de titres de recettes ;
- Le suivi de la consommation des crédits ;
- La rectification des crédits en cours d'exercice.

La comptabilité budgétaire est un budget qui reprend les recettes (la facturation des hospitalisations, des consultations externes, la dotation de l'État et de la CNAS) et les dépenses (le versement de salaires, l'achat de biens et services) prévisionnelles chiffrées d'un exercice comptable. Elle doit permettre aux gestionnaires de gérer au mieux les crédits mis à leur disposition et de suivre les conséquences budgétaires des opérations qu'ils engagent et qui concernent plusieurs exercices[126].

❖ **Le fonctionnement du module Budget**

L'ensemble des comptes budgétaires (recettes et dépenses) de l'établissement constitue son plan budgétaire, ce plan est organisé en titres, chaque titre étant lui-même décomposé en chapitres, eux-mêmes organisés en paragraphes[127] :

Titre

Chapitre

Paragraphe

Paragraphe

Le module BUDGET de 3COH permet de prendre en charge les fonctions de base de la gestion budgétaire[128] :

▪ **Saisie des mouvements budgétaires** :

- engagements ;
- liquidations ;
- mandatements ;
- payements ;

[125] Banque Mondiale, « République Algérienne Démocratique et Populaire : A la recherche d'un investissement public de qualité », Revue des dépenses publiques Rapport N° 36270 – DZ, le 15 août 2007, p.55.

[126] TROTABAS Louis, COTTERET Jean-Marie, «Droit budgétaire et comptabilité publique », Edition Dalloz, Mai 1995, p.66.

[127] Parallèlement à la comptabilité générale qui les retrace dans les comptes de tiers et les comptes de règlement appropriés.

[128] PRÉSENCES International, manuel de l'utilisateur, Op-cit, p.217.

- ajustements.

▪ **Traitement des rectifications de crédit** :

- révisions budgétaires ;
- transferts budgétaires ;
- suivi par poste budgétaire.

▪ **Production de divers états et rapports** :

- situation financière ;
- état des engagements.

Les opérations saisies dans le module BUDGET sont enregistrées dans des journaux spécialisés (journal des engagements, journal des liquidations, etc.). Il est donc nécessaire que ces journaux figurent dans le profil de l'usager chargé de ces saisies.

Plusieurs éléments garantissent la cohérence des comptabilités entre elles :

- Les objets de gestion (demande de paiement, titres de recettes, etc.) qui peuvent avoir un impact sur plusieurs comptabilités à partir d'un point d'entrée.

- Les systèmes d'informations qui permettent de garantir la traçabilité des opérations (à partir d'une saisie unique dans l'outil) et d'automatiser les liens entre les comptabilités (certaines comptabilités sont automatiquement alimentées à partir des informations saisies dans d'autres comptabilités).

- Le tableau de passage du solde budgétaire au résultat patrimonial qui permet de réconcilier les résultats des comptabilités budgétaires et générales.

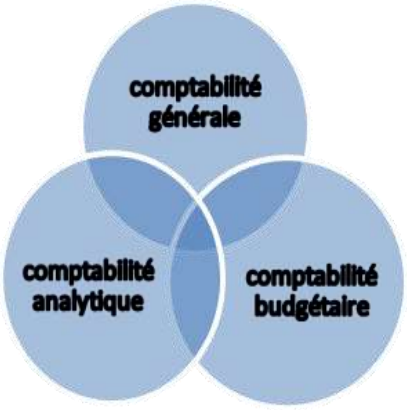
Avec l'informatisation du système 3 COH et la délégation de la tâche de saisie à chacun des services (chaque service se charge d'introduire les coûts qu'il a engendré dans la limite introduite par le profil usager[129]), la période est réduite et prend en considération la comptabilité analytique prévisionnelle dans le cadre du système de base. Chaque service est considéré comme centre de responsabilité et chaque centre de responsabilité est constitué d'un ensemble de sections homogènes (sous-famille)[130].

En résumé, nous pouvons constater qu'il existe une interdépendance entre les trois comptabilités dans le cadre du système 3COH (cf. Schéma 13).

[129] En plus de son nom, de son mot de passe et de la liste des modules auxquels il a accès, chaque usager est doté d'un profil usager. Ce profil détermine les ressources (journaux, magasins, familles d'articles de stock ou de biens, catégories de clients et de fournisseurs, ... auxquelles l'usager peut accéder. La gestion des profils est assurée au moyen d'options disponibles dans le module PARAMETRES du système.

[130] Groupe PRESENCES international SARL (2010), «Systèmes d'information intégrés : Pourquoi "triple comptabilité"? », Cité in http://www.3coh.dz.

Schéma 13: La relation entre les trois comptabilités



Source : Réalisé par nos soins.

L'enregistrement d'une facture n'est pas pris en considération dans l'Etat financier et le tableau de bord, si elle n'est pas enregistrée au préalable dans les étapes précédentes, c'est-à-dire dans la comptabilité générale, puis la comptabilité analytique et enfin dans la comptabilité budgétaire. Cet enchaînement est dû au processus que chaque comptabilité prend en considération les résultats de la comptabilité précédente.

2. Organisation et fonctionnement du système 3 COH

Les moyens mobilisés pour gérer le système sont des moyens humains et matériels. Le système d'information est de plus en plus souvent automatisé, c'est à dire que l'information est générée par des machines (automates et ordinateurs). Cependant, une partie du système reste à la charge des acteurs humains de l'entreprise (saisies, décisions, interprétations…).

Deux outils de suivi sont incontournables : d'une part l'amélioration du système d'information et de pilotage, d'autre part la mise en place d'actions de formation pour l'ensemble des équipes concernées.

2.1. Les principales fonctions du système

La mise en place du système 3 COH est envisagée grâce au recours à l'outil informatique au moyen d'un PGI (progiciel de gestion intégrée) qui permet, à partir d'une saisie unique, d'alimenter les trois sous-systèmes de comptabilité. La mise en œuvre du projet a démarré par l'étude diagnostic (septembre 2009 à janvier 2010) des systèmes d'information de 14 sites désignés comme pilotes[131] :

- EH Skikda ;

[131] PRÉSENCES International, manuel de l'utilisateur, Op-cit, p.5.

- CHU de Batna ;
- EPSP Sétif ;
- CHU Bab-el-oued ;
- EH Bologhine ;
- CHU Mustapha ;
- EHS Drid Hocine ;
- EHS Dr Maouche ;
- CHU Beni-Messous ;
- EH Koléa ;
- CHU Blida ;
- CHU Oran ;
- EHU Oran ;
- CHU Sidi-Bel-Abbès.

A la fin de cette étape, chacun des sites s'est doté d'une salle entièrement aménagée et équipée pour être le « centre de traitement des données » dédié spécialement au projet 3COH.

Le logiciel 3COH vise à prendre en charge, de façon intégrée, la gestion du système d'information comptable des établissements hospitaliers par :

✓ La prise en charge du système de comptabilité générale de l'établissement : gestion du plan comptable, saisie des écritures, production des documents de base tels que la balance générale, le grand livre, le journal général et même les états financiers (bilan, compte de résultat, tableau des flux de trésorerie, …)

✓ Le traitement des opérations d'achat et d'approvisionnements : gestion des dossiers des fournisseurs, gestion et suivi des marchés et des conventions, émission et gestion des bons de commandes, enregistrement et comptabilisation des bons de réceptions, traitement des factures d'achats, engagements et liquidations budgétaires,…

✓ Le suivi des consommations des biens et services stockés : prise en compte des demandes des services, livraisons aux services (livraisons ponctuelles, livraisons sur dotations, livraisons sur ordonnances avec identification du malade), livraison aux tiers autres que les services, suivi des consommations par service, par tiers, par article, par familles d'articles, par DCI (médicaments), …

✓ La gestion complète de tous les types de stocks : médicaments, produits d'alimentation, produits d'entretien, pièces de rechange, consommables, …. Traitement des

divers mouvements d'entrées, de sorties, de réintégration, de régularisation, avec comptabilisation par la génération automatique des écritures comptables ;

✓ La gestion du patrimoine immobilisé : acquisitions, amortissements, réformes, cessions,…. Suivi par famille et par localisation. Calcul automatique des amortissements avec ventilation automatique des charges d'amortissement par service.

✓ Un système de facturation au comptant et à terme ;

✓ Un suivi de la trésorerie avec respect de la séparation des fonctions de l'ordonnateur et de celles du receveur ;

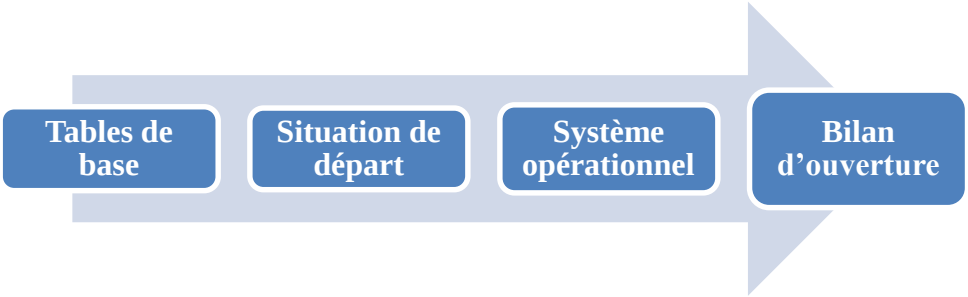
✓ Le calcul des coûts de revient des prestations fournies.

A partir des valeurs extraites de la comptabilité générale (incluant les amortissements) et des données physiques importées des services, le système détermine le coût de revient des prestations livrées par l'établissement.

2.2. Importation de la situation de départ

Pour pouvoir démarrer l'utilisation du système 3COH il faut, au préalable, enregistré dans la base de données la «situation de départ». Par exemple, il est retenu de saisir toutes les opérations à partir du 1er janvier 200N, cette situation de départ sera celle du 31.12.200N-1, autrement dit, il faudra injecter dans le système (nous dirons « importer » ou « saisir ») la « photographie » de l'établissement telle qu'elle était au 31.12.200N-1. Cette photographie va prendre la forme d'un certain nombre de feuilles EXCEL, qui doivent être préparé ou compléter en vue de leur importation (cf. Schéma 14).

Schéma 14 : Les étapes de la situation de départ dans le système 3 COH



Source : Réalisé par nos soins d'après les données de Projet 3COH (2010), « Guide de l'utilisateur », Algérie.

Après avoir importé la situation de départ, la procédure suivante c'est la « clôture » de l'exercice 200N-1. Les mouvements du mois de janvier 200N seront prêts à être saisis, pour

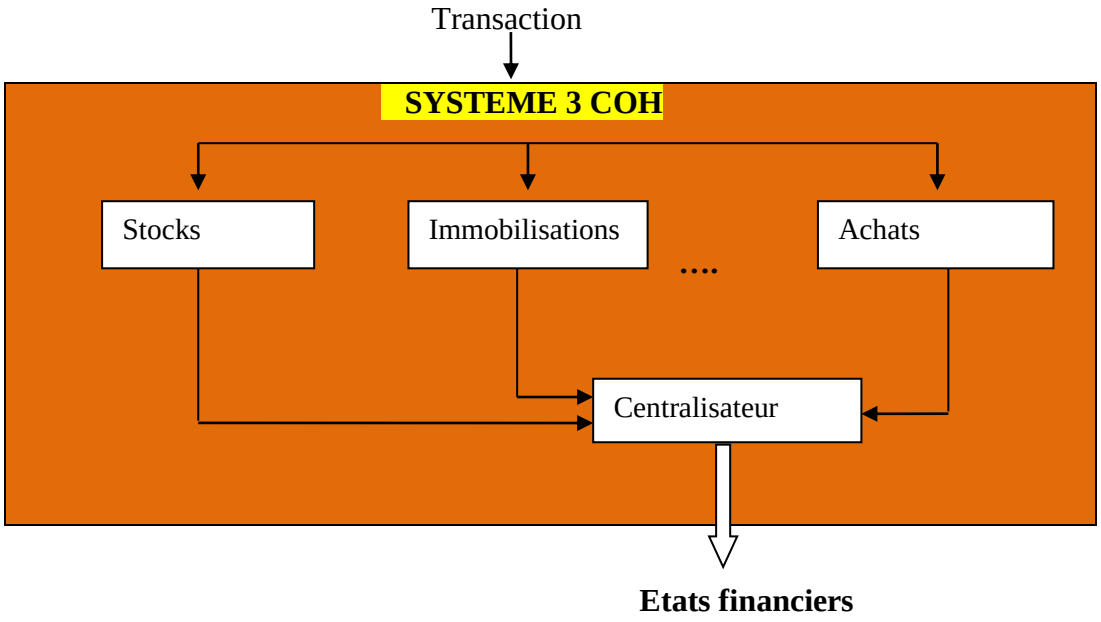
cela, il faudra au préalable classer les pièces justificatives (bons de commande, factures, bons de livraison, ordres de versement, décaissements, …) par ordre chronologique. Cet ordre est important car le système oblige à respecter la chronologie des opérations, autrement dit, il ne sera pas possible de faire « marche arrière »: une pièce datée d'une date D ne peut pas être saisie si une pièce de même nature a été enregistrée à une date postérieure à D.

La fonction de base du système est de produire des états financiers à partir de transactions saisies (ou importées d'un autre logiciel) par un usager dûment autorisé.

❖ **Traitement des transactions par le système 3 COH**

Dans la pratique, ces transactions sont classées par nature et sont prises en charge par des « modules » spécialisés **(ANNEXE 4)**: le module ACHAT traitera les transactions relatives aux achats, le module IMMOBILISATIONS sera responsable du traitement des opérations relatives aux immobilisations et le module « centralisateur » enregistre en fin de période le sommaire (cf. Schéma 15).

Schéma 15 : Le processus d'une transaction



Source : PRÉSENCES International, « Mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers, projet 3COH », manuel de l'utilisateur, 02/2010-06/2013.

Le système 3COH est conçu pour permettre la production des états financiers[132] à la fin de chaque mois. Après cette période tous les modules, à l'exception de celui de la comptabilité générale, doivent procéder à l'opération dite de clôture de l'exercice. Cette opération est nécessaire à cause du fonctionnement en temps réel imposé par le système.

Conformément à ses engagements contractuels, PRÉSENCES Internationale a proposé aux établissements un projet de contrat d'assistance et de maintenance. Selon les termes de ce contrat, l'établissement signataire bénéficierait de la gratuité :

- ✓ des nouvelles versions du logiciel ;
- ✓ de l'assistance technique ;
- ✓ de l'accès à un entrepôt des données personnalisé et sécurisé ;
- ✓ de la formation du personnel concerné par le système.

Suite à cette proposition, 120 établissements ont demandé une copie du contrat, 73 ont signé ce contrat et 47 établissements n'ont pas donné suite. Un suivi régulier de la part du ministère et un contrôle permanent de l'état d'avancement dans chacun des hôpitaux est primordial, surtout dans cette phase de mise en place du système.

L'information est précieuse, vitale même pour les hôpitaux publics. Les informations doivent être sûres et fiables, le système doit fournir des informations à jour.

2.3. La formation des usagers du système

L'extension aux 286 autres sites a débuté en septembre 2010 par un programme national de formation, suivi d'implantations graduelles dans les sites à travers le pays. Un ambitieux plan de formation concernant près d'un millier de personnes (informaticiens, comptables, gestionnaires) est en cours de réalisation. Les principaux objectifs de la formation sont[133]:

- ✓ D'introduire aux concepts de base de la gestion intégrée ;
- ✓ De rappeler les principes, objectifs et méthodes des trois comptabilités et leurs interactions (générale, budgétaire et analytique) ;
- ✓ De réaliser le processus d'importation de la situation de départ ;
- ✓ D'exploiter les principales fonctionnalités du logiciel 3COH ;
- ✓ De planifier le processus d'implantation du système dans leur établissement.

---

[132] Pour être exploitable, l'information subit des traitements. Les principaux types de traitement consistent à rechercher et à extraire de l'information, consolider, comparer des informations entre elles, modifier, supprimer des informations ou en produire de nouvelles par application de calculs.

[133] PRÉSENCES International, « Mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers, projet 3COH », manuel de l'utilisateur, février 2010/ juin 2013.

La formation de base dure cinq jours et concerne toute personnes impliquées de façon directe ou indirecte dans la gestion d'un établissement hospitalier, néanmoins, compte tenu du nombre important de personnes, la formation est limitée à trois personnes par établissement (un gestionnaire, un comptable et un informaticien).

A la fin de leur formation, les personnes désignées devront :

- Expliquer les objectifs du projet à l'ensemble des utilisateurs ;
- Participer à la réunion de coordination quotidienne qu'animera le Directeur de l'établissement ;
- Assurer la formation des utilisateurs ;
- Définir avec précision les tâches (saisie, contrôle, validation, coordination) de chacun ;
- S'assurer, avec les services concernés, de la fiabilité des données collectées;
- Veiller à la sécurisation du système ;
- Transmettre à PRESENCES International tout problème qui pourrait surgir dans le cadre de la mise en place du système.

En septembre 2013, PRÉSENCES International SARL, consultant chargé de la mise en œuvre technique du projet, a remis aux responsables du Ministère des Finances, toute la documentation du système, ainsi que deux cent quatre-vingt-deux (282) CD ROM et licences personnalisés correspondant aux 282 établissements officiellement concernés par le projet. En septembre 2014, la réception définitive du projet a été officiellement prononcée.

En 2015, la mise en exploitation de deux importants volets est réalisée :

▪ Gestion des ressources humaines ;

▪ Dossier médico-technique du patient.

Le projet 3 COH est opérationnel dans 73 sur 282 établissements soit 26% des établissements visés par l'arrêté de janvier 2015 relatif à la mise en exploitation d'un système de comptabilité de gestion.

En 2016, d'importants changements ont été planifiés :

▪ Implantation de la version web de 3COH, ce qui permettra notamment l'accès à distance ;

▪ Intégration de nouvelles fonctionnalités au module IMMOBILATIONS, notamment par la prise en charge de fonctions propres à la gestion du matériel médical et du matériel roulant (notamment ambulances) ;

▪ Enrichissement des tableaux de bord et des indicateurs d'analyse de l'activité ;

▪ Intégration de nouveaux axes d'analyse dans le module de COMPTABILITÉ ANALYTIQUE.

L'originalité du financement des établissements de santé à travers la vente d'un produit médicalisé donne d'emblée au projet 3 COH une raison d'être et une légitimité managériale puisqu'il permet la mesure ou la projection d'un résultat de gestion conditionnant le développement de l'institution sanitaire.

Conclusion

L'Algérie, s'est engagée dans une stratégie de développement sanitaire originale, basée sur le principe de la « médecine gratuite » instituée par l'ordonnance du 01 janvier 1974. Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins engendrés des effets négatifs se traduisant par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs**,** et par l'abondant des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins.

Il est très clair de nos jours que le financement hospitalier obéit à de nouvelles règles. En effet, la révolution médicale, le développement technologique et les caractéristiques actuelles de l'épidémiologie, imposent un changement profond dans la vision du gouvernement algérien, surtout que les moyens financiers sont très rares.

Le nouvel état d'esprit issu de la T2A qui consiste à encadrer la maîtrise des dépenses hospitalières par la relation « équité-productivité » doit conduire à un développement sans précédent des calculs médico-économiques. Ces principes sont d'autant plus d'actualité que, dans un contexte de contractualisation dans le système de santé algérien, le dialogue de gestion entre la CNAS et l'HÔPITAL prend de plus en plus d'importance. Nous allons montrer dans le chapitre suivant que la sauvegarde du système de sécurité sociale et sa pérennisation sont aujourd'hui un défi à relever.

CHAPITRE III

SÉCURITÉ SOCIALE ET REGULATION DE L’OFFRE PUBLIQUE DES SOINS

Introduction

La déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 Décembre 1948 par l'assemblée de l'O.N.U précise : « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale… ; toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

L'évolution historique des systèmes de protection sociale et plus particulièrement celui de la sécurité sociale, à travers le monde reste intimement liée à l'histoire des différents mouvements sociaux qui ont marqué l'humanité.

En Algérie, la sécurité sociale a occupé une position prééminente dans la politique du pays, comme vecteur du progrès social[1]. Elle continue aujourd'hui dans un contexte général moins favorable, à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité. Toutefois ce souci d'équité ne doit pas constituer un frein au développement mais au contraire un facteur d'impulsion à la croissance[2].

Des lors, l'objectif que nous assignons à ce chapitre consiste à présenter le système de la sécurité sociale en Algérie. Nous passerons en revue la structure des dépenses de la sécurité sociale et nous exposerons les mesures prises par la sécurité sociale dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses. La contractualisation est ici conçue comme un instrument de régulation pour freiner les dépenses vis- à-vis du secteur public.

Section 1: Le développement du système algérien de sécurité sociale

Après avoir connu une croissance régulière des assurés couverts et des revenus et offert une gamme élargie de prestations, la sécurité sociale algérienne est entrée, au cours des vingt dernières années, dans une phase de turbulences au gré des aléas de la conjoncture économique et politique. Confrontée à l'inflation de ses dépenses, au déclin de la croissance de l'emploi et de ses recettes, la sécurité sociale a de plus en plus de mal à assumer ses obligations et à résister aux pressions des différents groupes d'intérêts.

---

[1] La protection sociale mobilise des ressources très importantes au budget de l'Etat pour financer la plupart de ses politiques sociales.

[2] Conseil Nationale Economique et Sociale (CNES), « Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier », 18ème Session Plénière, 22/23 juillet 2001, p.14.

Comprendre aujourd'hui la sécurité sociale, son importance dans la protection des salariés et leurs familles, son impact sur le revenu national et sur le fonctionnement de l'économie nationale, commande de l'appréhender à travers l'histoire de son évolution.

1. Architecture du système

La sécurité sociale a été mise en place à partir de 1949, avec lois votées en France en 1945 après une longue lutte des travailleurs algériens pour les arracher au patronat colonial.

A l'indépendance, le système de sécurité sociale est donc marqué par la multiplicité des régimes (11 régimes), cette organisation et mode de financement a poussé les pouvoirs publics à entamer plusieurs changement indispensables, à savoir[3] :

- L'unification des structures,
- L'unification des avantages,
- L'élargissement des bénéficiaires.

En 1985, ces changements se sont traduits par la mise en place de deux caisses nationales. La première caisse prend en charge la branche retraite et la deuxième caisse prend en charge l'ensemble des autres branches ainsi que du recouvrement des cotisations[4]. A partir des années 90, la sécurité sociale subit une nouvelle réforme, qui a pour objet[5] :

- Intégration d'un régime particulier de retraite,
- Attribution d'avantages particuliers à certaines catégories d'assurés,
- la création de nouvelles caisses de sécurité sociale
- la prise en charge de nouvelles catégories non cotisantes.

Avec le décret n° 92-07 du 4 janvier 1992, relatif à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale, l'institution en 1994 de l'assurance chômage et la création en 2006 par le décret n°06-370 du 19 octobre 2006[6] de la caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, l'architecture actuelle du système présente cinq caisses nationales de sécurité sociale qui ont le statut d'établissement public à gestion spécifique[7] :

-La caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS)

-La caisse nationale des retraites (CNR)

---

[3] ZIANI Lila, ZIANI Zoulikha, « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie »7éme séminaire international sur : الصناعة التأمينية، الواقع العلمي وآفاق التطوير- تجارب الدول- جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية وعلوم التسيير، يومي 03-04 ديسمبر 2012

[4] LAMRI Larbi, « Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique », Edition OPU, Alger, 2004, pp.11-16.

[5] ZIANI Lila, ZIANI Zoulikha, « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie », 7éme séminaire international, Op-cit.

[6] Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, n°67 du 28/10/2006.

[7] République algérienne démocratique et populaire ; ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale: Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie, 2011.

-La caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS)

-La caisse nationale d'assurance chômage (CNAC)

-La caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (CNRSS)

Ces organismes sont présents sur tout le territoire national à travers un réseau d'agences, d'antennes ou de centres implantés au niveau des wilayas. Les caisses sont dotées d'organes délibérant (les conseils d'administration) et d'organes exécutifs (le directeur général et l'agent chargé des opérations financières). La tutelle est exercée par le ministère chargé de la sécurité sociale. Par ailleurs, la sécurité sociale est soumise au contrôle de l'Etat (contrôle de l'inspection générale des finances et de la cour des comptes)[8].

Le système de sécurité sociale algérien comprend l'ensemble des branches énumérées par la convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), à savoir : l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès, l'assurance sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'assurance vieillesse (retraite), l'assurance chômage et les prestations familiales. La législation du travail doit garantir un niveau de vie décent en rapport avec le revenu du travailleur, à tous ceux qui ne peuvent pas travailler momentanément ou durablement en raison d'accidents ou de maladies constatées.

Un développement remarquable a été réalisé ces dernières années grâce à la mise en œuvre d'un programme ambitieux de réforme. Conformément à l'article 4, du décret exécutif n°2000-186 du 6/07/2000, fixant les attributions du ministère de travail et de la sécurité sociale : le ministre de travail et de la protection sociale doit dans la limite de ses prérogatives, en relation avec les départements ministériels concernés :

- Evaluer les besoins prioritaires en matière de protection sociale et proposer les mesures de leur prise en charge ;
- Soutenir les actions de la protection sociale dans le cadre des associations à caractère social et œuvre pour leurs développements ;
- Proposer les programmes de financement des politiques sociales décidés par le gouvernement et veiller à leur mise en œuvre et à leur suivi.

D'ailleurs, le programme de réforme engagé durant la période 2000-2010, a permis l'amélioration de la qualité des prestation avec notamment le développement des structures de proximité (agences, centres, antennes, guichets spécialisés, avec une présence obligatoire à un niveau régional et wilayale et même parfois au niveau des entreprises) et la modernisation des

[8] Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, « Présentation du système de la sécurité sociale », Algérie, 2010, In : http://conselho.saude.gov.br/cm/docs. Pdf; page consulté le 10 avril 2013.

infrastructure avec la généralisation de l'outil informatique, la qualification des ressources humaines et surtout l'introduction de la carte électronique de l'assuré social (CHIFA)[9].

1.1. Les personnes couvertes par le système

Le régime algérien de sécurité sociale a des fondements professionnalistes, cependant le système s'est étendu à la grande majorité de la population. Sont donc couvert :

• Les travailleurs salariés ;

• Les travailleurs non-salariés, exerçant une activité professionnelle pour leur propre compte[10];

• Les catégories particulières qui comprennent : les travailleurs assimilés à des travailleurs salariés (travailleurs à domicile, artistes…); les travailleurs exerçant des activités particulières (les gardiens de parking non payants, les personne occupées dans les activités dites d'intérêt général…); les personnes n'exerçant aucune activité professionnelle (étudiants, handicapés, retraités…) ;

• Les bénéficiaires des dispositifs d'insertion professionnelle (DAIP).

En ce qui concerne les catégories particulières, outre les travailleurs assimilés aux travailleurs salariés qui bénéficient de l'ensemble des prestations de sécurité sociale, les autres catégories sont couvertes en générale pour les risques maladie, maternité. Pour celles exposées à un risque professionnel, elles bénéficient de la réparation prévue en matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

La protection est aussi accordée aux ayants droit des assurés sociaux soit :

- Le conjoint ;

- Les enfants à charge de moins de 18 ans ;

- Les enfants à charge de moins de 25 ans en contrat d'apprentissage avec une rémunération inférieur à 50% du SNMG ;

- Les enfants à charge de moins de 21 ans qui poursuivent leurs études ;

- Les enfants à charge, malades chroniques ou souffrant d'infirmités les mettant dans l'impossibilité d'assurer une activité rémunérée ;

- Les enfants à charge et les collatéraux du 3° de sexe féminin sans revenus ;

- Les ascendants de l'assuré ou du conjoint de l'assuré lorsque leurs ressources personnelles ne dépassent pas 75% du SNMG.

---

[9] ZIANI Lila, ZIANI Zoulikha, « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie », 7éme séminaire international, Op-cit.

[10] L'arrêté de 04/01/1971 fixe et définit la liste des personnes physiques susceptible d'y être assujetties : les commerçants, les artisans, les membres de professions libérales, les agriculteurs.

Pour les personnes démunies non assurées sociales, une couverture est accordée à la charge du budget de l'Etat notamment en matière de soins de santé.

La contractualisation dans les systèmes d'assurance pose les problèmes de la définition de la population assurable, des prestations de soins à couvrir et les limites de la couverture destinée à contrer les comportements stratégiques.

1.2. La modernisation du système de sécurité sociale : introduction de la carte Chifa

Le système Chifa constitue un projet novateur s'appuyant sur l'utilisation d'une technologie de pointe « la carte à puce » appelée carte CHIFA. Il s'inscrit dans le cadre de la modernisation des procédures de gestion des assurances sociales.

La mise en circulation de la carte magnétique Chifa en Algérie, a nécessité un budget de 16 millions d'euros. Les actions réalisées pour le lancement de ce projet sont notamment[11] :

- La réalisation en 2007 du centre national de personnalisation des cartes CHIFA (centre doté en moyens humains spécialisés et en équipements de haute technologie) ;

- L'achèvement des phases préparatoires au niveau national et local (installation des réseaux informatiques, formation des personnels de la CNAS et des partenaires notamment les pharmaciens d'officine, les médecins et les personnels des hôpitaux, le développement des différents logiciels du système et les campagnes d'information et de communication) ;

- Le lancement de la carte Chifa dès 2007 au niveau de cinq wilayas pilotes (Annaba-Oum El Bouaghi-Tlemcen –Médéa –Boumerdès).

En 2011, les 48 willayas sont intégrées dans le système Chifa. Plus de 5 700 000 cartes ont été déjà établies pour plus de 19 000 000 de bénéficiaires et près de 30 millions de factures électroniques ont été traitées à l'échelle nationale[12].

Depuis son lancement, la carte Chifa a concerné seulement les retraités et les personnes souffrant de maladies chroniques, aujourd'hui, la procédure touche toutes les personnes assurées, à savoir 1 500 000 et 2 400 000 personnes ouvrant droit (ascendants et descendants). Les assurés sociaux pourront sur simple présentation de la carte et d'une ordonnance, bénéficier des avantages du système du tiers payant pour l'acquisition des médicaments prescrits pour eux ou pour leurs ayants-droit au niveau de n'importe quelle officine conventionnée avec l'agence CNAS[13].

La carte électronique contient, des informations personnelles sur l'assuré (état de santé, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux). Cette carte est dotée

[11] MTESS, Direction Générale de la CNAS.
[12] Idem.
[13] 20 000 à 25 000 assurés n'ont pas récupéré leurs cartes. MTESS, Direction Générale de la CNAS.

également de plusieurs codes en vue de faciliter la mission aux partenaires sociaux tels les pharmaciens, médecins, hôpitaux et agents de la CNAS et de garantir de meilleures prestations à l'assuré en matière de suivi et d'orientation médicale en Algérie. Autrement dit, elle permet une coopération assez fluide entre les agents de la CNAS, les professionnels de la santé et l'assuré social. Cette carte est sécurisée, seule la CNAS et le médecin traitant peuvent accéder aux informations contenues dans la carte, et ce, en vue de préserver la confidentialité du dossier médical de l'assuré.

Les conséquences directes de la mise en œuvre du système sont :

- ✓ **Pour les assurés sociaux** :
  - Disparition progressive des supports papiers nécessaires à la prise en charge de leurs soins de santé ;
  - Allégement des procédures de remboursement et disparition des files d'attente des centres de paiement des organismes de sécurité sociale ;
  - Extension du système tiers payant ;
  - Rapidité des remboursements dus.
- ✓ **Pour les organismes de sécurité sociale** :
  - Meilleur suivi et contrôle des prestations servies et donc meilleure maîtrise de la dépense ;
  - Facilitation de la mise en œuvre du conventionnement et de la contractualisation ;
  - Amélioration de la qualité des prestations de services ;
  - Outil de constitution et d'amélioration des banques de données de la sécurité sociale.
- ✓ **Pour les partenaires de la sécurité sociale** :
  - Modernisation de leur gestion ;
  - Modernisation de leurs relations avec les assurés sociaux et avec les organismes de sécurité sociale ;
  - Amélioration de la qualité de leur offre de services aux assurés sociaux.

2. Financement du système national de sécurité sociale

Dans un régime contributif, le système de recouvrement des cotisations revêt une grande importance. L'Algérie est un pays qui a opté pour un système obligatoire d'assurance

maladie basé sur les cotisations imposées aux catégories professionnelles. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi[14].

La dégradation de la situation économique et sociale au début des années 1990, accentuée par une difficulté financière qui se caractérisait par une chute libre des recettes pétrolières, alourdie par une dette extérieure importante, une inflation galopante et une détérioration très grave de la situation sécuritaire, ont rendu toute tentation de redresser la situation des comptes de la sécurité sociale une affaire difficile.

La croissance beaucoup plus rapide des emplois par rapport aux ressources pose non seulement le problème de son équilibre financier, mais aussi celui de la charge admissible pour l'économie et de la répartition équitable de cette charge. Cet état de fait qui tend à perdurer au grand détriment du dispositif de la protection sociale accumule chaque année des déficits chroniques successifs représentant à titre d'exemple 60 milliards de DA pour l'année 1996[15] et à plus de 14 milliards de DA pour l'année 2001[16].

La situation du système de sécurité sociale est plus que délicate, son équilibre financier est à peine assuré et sa capacité de réaction propre à des chocs externe limités. D'où la problématique du financement de la santé.

2.1. Les sources de financement de la CNAS

La CNAS est un établissement public à gestion spécifique en application de l'article 49 de la loi n°88-01 du 12 janvier 1988. Elle est dotée d'une personnalité morale et de l'autonomie financière, et réputée commerçante dans ses relations avec les tiers. Elle est à la fois la plus ancienne et la plus importante caisse par rapport aux autres caisses du système de sécurité sociale[17].

La CNAS assure les prestations suivantes[18]:

- Les soins de santé et les médicaments sont pris en charge à 80 % et dans certains cas à 100 % (malades chroniques notamment) ;
- L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie représente 50 % du salaire pendant les 15 premiers jours. Elle est portée à 100 % du salaire au-delà du 16ème jour ;

---

[14] ZIANI Lila, ZIANI Zoulikha, « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie », 7éme séminaire international, Op-cit.

[15] BERRABAH Nacer, « Financement et prestation de soins de santé en Algérie : L'équité du système à l'épreuve des faits », Doctorat en Sciences Economiques, Université PARIS I, 02 février 1999, p.104.

[16] Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenus intermédiaires, 1er Colloque International à l'université Abderrahmane Mira, Bejaia, Algérie, Novembre, 2006.

[17] LAMRI L., « Le système de sécurité sociale en Algérie », éd. Office des publications universitaires, Alger, 2004, Op-cit, p.58.

[18] Caisse Nationale D'assurances Sociale (CNAS), « Historique et missions », In : http://www.mtess.gov.dz/mtss_fr_N/CNAS.htm, consulté le 25juillet 2015.

- Les prestations de l'assurance maternité sont prises en charge à 100 %. Les femmes qui travaillent bénéficient d'un congé de maternité de 98 jours ;

- Le montant minimum des pensions d'invalidité est égal à 75 % du SNMG ;

- Au décès de l'assuré, il est servi un capital décès à ses ayants droit ;

- Les risques professionnels donnent lieu à une couverture à 100 % pour les soins et les arrêts de travail ;

- Des rentes sont versées en cas de séquelles corporelles de l'accident ;

- Des rentes sont servies aux ayants droit en cas d'accident mortel.

Les sources de financement de la CNAS sont essentiellement des cotisations à la charge des employeurs et des travailleurs. Les cotisations sont payées sur le salaire de poste de l'employé. Le salaire de poste correspond au salaire plafond par type d'activité, pris en compte pour le calcul des cotisations (l'appellation exacte étant "salaire soumis à cotisations" tel que défini par la loi 90-11 relative aux relations de travail). Le tableau suivant nous renseigne sur la répartition des cotisations en 2016.

Tableau 24: Ventilation des taux de cotisation au 01/01/2016

Branche	Employeurs	Travailleurs	Quote-part Œuvres sociales	Total
Assurances sociales : maladie, maternité, invalidité et décès	11,50%	1,50%	/	13%
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25%		/	1,25%
Retraite	11%	6,75%	/	17,75 %
Retraite anticipée	0,25%	0,25%	/	0,50%
Assurance chômage	1%[19]	0,50%	/	1,50%
Logement social			0,50%	0,50%
Total	25%	9%	0,50%	34,50%

Source : Direction Générale de la CNAS (DGC).

[19] Lorsque l'assuré a travaillé pendant plus de trois ans pour le même employeur, ce dernier est tenu de verser à la CNAS, une somme égale à 80% du salaire mensuel moyen perçu au cours de la dernière année d'emploi du salarié licencié pour chaque année travaillée dans la limite de douze années. Salaire de référence= (salaire mensuel moyen des 12 derniers mois + SNMG)/ 2.

L'assiette des cotisations est constituée de l'ensemble des éléments du salaire à l'exclusion des prestations à caractère familial, des remboursements de frais, des primes de départ et des indemnités pour conditions de vies particulières. Le taux de cotisation a évolué considérablement de 31,5% (1995), 32,5% (1997), 34 % (2000), 34.5% (2003), 35% (2008), 36% (2010) pour atteindre les 34,50% en 2016.

On remarque clairement que les cotisations ne sont pas à la charge du salarié uniquement, mais elles sont réparties, avec des pourcentages différents, entre les employeurs, et le fonds des œuvres sociales. L'employeur supporte généralement la part la plus importante. Cependant, de nombreuse personnes n'exerçant aucune activité sont également couverte par la CNAS et ont la qualité d'assuré social (cf. Tableau 25).

Tableau 25 : Evolution du nombre d'Assurés Sociaux (CNAS) (2001-2015)

Année	Nombre d'Assurés Sociaux	Salariés	%
2001	4 873 699	3 726 436	76,46
2002	4 872 7151	3 473 458	71,28
2003	4 055 2431	3 425 801	84,48
2004	6 369 266	3 508 155	55,08
2005	6 756 2711	3 567 394	52,80
2006	6 816 0521	3 693 254	54,18
2007	7 337 372	3 809 980	51,93
2008	7 800 320	4 109 664	52,69
2009	8 346 692	4 788 252	57,37
2010	8 494 919	4 860 627	57,22
2011	8 819 160	5 050 319	57,27
2012	9 288 143	5 332 787	57,41
2013	9 917 243	5 673 522	57,21
2014	10 626 369	5 938 431	55,88
2015	11 342 779	6 126 302	54,01

Source : ONS, Direction technique chargée des statistiques de population et de l'emploi, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2013, N°44, édition 2014 et ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition 2016.

Pour cette raison d'autres sources de financements ont vu le jour. En 2006, un fonds National de réserves des retraites[20] financé essentiellement par l'affectation de 2% du produit de la fiscalité pétrolière, a été institué par ordonnance présidentielle, et en 2010, la loi de finance a prévu un fonds national de sécurité sociale alimenté par une Quote-part de la taxe sur le tabac, une taxe sur les bateaux de plaisance et un prélèvement de 5% sur les bénéfices nets générés par l'importation des médicaments. Il y'a aussi comme source de financement, les revenus des fonds placés par les organismes de sécurité sociales, les contributions d'ouverture de droit versées par les employeurs en matière d'assurance chômage et de retraite anticipée et les différentes majorations et pénalités de retard et autres sanctions pécuniaires à l'encontre des employeurs défaillants en matière d'obligations des assujettis[21].

Grace à toutes ses mesures, la CNAS a vu ces recettes augmenter d'année en année avec un écart positif de plus en plus élevé (cf. Tableau 26).

Tableau 26 : Equilibre financier de la CNAS (2001-2015) (en millions de DA)

Rubriques	Recettes	Dépenses	Ecart
2001	88 174	80 605	+ 7 569
2002	104 771	98 719	+ 6 052
2003	115 331	106 431	+ 8 900
2004	137 144	128 659	+ 8 485
2005	169 703	159 711	+ 9 992
2006	162 429	160 858	+ 1 571
2007	176 930	167 285	+ 9 645
2008	217 423	191 726	+ 25 697
2009	237 280	187 104	+ 50 176
2010	290 835	209 742	+ 81 093
2011	374 138	240 607	+133 531
2012	477 285	280 753	+ 196 532
2013	429 840	322 523	+ 107 317
2014	459 757	374 060	+ 85 696
2015	474 944	395 395	+ 79 549

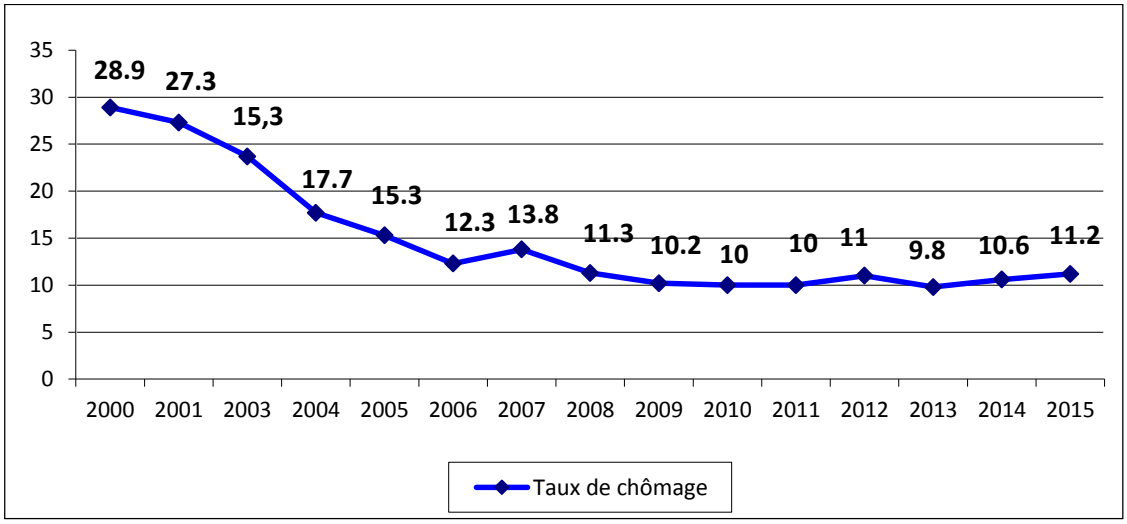
Source : ONS, Direction technique chargée des statistiques de population et de l'emploi, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2013, N°44, édition 2014 et ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition 2016.

[20] L'Etat octroi un complément différentiel pour les retraités, dont le montant de la pension issu des droits contributifs n'atteint pas le montant minimum légal, soit 75% du SNMG et de 2,5 fois le SNMG pour les moudjahidine de la guerre de libération nationale, des indemnités complémentaires prévues pour les petites pension de retraite et d'invalidité et pour les allocations de retraite.

[21] MTESS.

Nous constatons que malgré les progrès réalisés, les recettes sont insuffisantes. L'Algérie reste confrontée au défi du chômage. Les taux élevés d'investissement, réalisés dans le secteur économique public dont l'important programme complémentaire de soutien à la croissance (PCSC) pour la période 2005-2009, portant sur un montant de 4 200 milliards de DA de dépenses publiques de développement (équivalant à 55 milliards de dollars US dont 1900 milliards de DA concourt directement à l'amélioration des conditions de vie des populations)[22]a permis en matière de création d'emplois 1 290 500 emplois[23]. Le taux de chômage, très important à l'indépendance (33%)[24] baisse régulièrement pour se situer à 23,7% en 2003 puis à 11,2% en 2015[25] (cf. Figure 9).

Figure 9: Evolution du taux de chômage en Algérie (2000-2015) (en %)



Source : Réalisée par nos soins d'après les données de l'ONS, l'Algérie en quelques chiffres n°36 à 42 pour 2000-2011 et Fond Monétaire International (FMI) Washington, Consultation de 2016 au titre de l'article IV avec l'Algérie, Rapport n° 16/127 pour 2012-2015.

Dans le cadre des mesures d'encouragement et d'appui à la promotion de l'emploi, il est accordé un abattement de la part patronale de la cotisation de sécurité sociale aux employeurs au titre de chaque recrutement de demandeur d'emploi. Ces abattements sont de 40% pour les recrutements des demandeurs d'emploi dans la région du nord du pays, 80% pour les recrutements des primo demandeurs d'emploi dans la même région et de 90% pour les recrutements dans les

[22] Algérie, « 2eme Rapport Nationale sur les objectifs du Millénaire pour le développement », Septembre 2010, p. 28.
[23] Algérie, « Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement », Juillet 2005, p.13.
[24] BERRABAH Nacer, Op-cit, p.67.
[25] Fond Monétaire International (FMI) Washington, Consultation de 2016 au titre de l'article IV avec l'Algérie, Rapport n° 16/127, p.4.

hauts plateaux et le sud[26]. L'employeur joue un rôle essentiel en matière d'assujettissement et de recouvrement des cotisations[27]. Il doit dans des délais prescrits, faire la déclaration d'activité, demander l'affiliation des travailleurs, fournir les déclarations des salaires et des salariés, et verser les cotisations (sa propre quote-part et celle du salarié ainsi que celle des œuvres sociales)[28].

Tableau 27: Répartition de la population active (2000-2015) (en millier)

Année	Population active[29]		Population occupée		Population en chômage	
2000	8 691	100%	6 180	71,1%	2 511	28,9%
2001	8 568	100%	6 229	72,7%	2 339	27,3%
2002	/	/	/	/	/	/
2003	8 762	100%	6 684	76,3%	2 078	23,7%
2004	9 470	100%	7 798	82,3%	1 672	17,7%
2005	9 493	100%	8 044	84,7%	1 448	15,3%
2006	10 110	100%	8 869	87,7%	1 241	12,3%
2007	9 969	100%	8 594	86,2%	1 375	13,8%
2008	10 315	100%	9 146	88,7%	1 169	11,3%
2009	10 544	100%	9 472	89,8%	1 072	10,2%
2010	10 812	100%	9 736	90,0%	1 076	10,0%
2011	10 661	100%	9 599	90,0%	1 062	10,0%
2012	11 423	100%	10 170	89,0	1 253	11,0
2013	11 964	100%	10 789	90,2%	1 175	9,8%
2014	11 453	100%	10 239	89,4%	1 214	10,6%
2015	11 932	100%	10 594	88,8%	1 338	11,2%

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de l'ONS, la Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, In données statistiques n° 726 et Fond Monétaire International (FMI) Washington, Consultation de 2016 au titre de l'article IV avec l'Algérie, Rapport n° 16/127.

[26] MTESS, « Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie », 2011, p.9.

[27] Pour cette raison, il est indispensable pour les organismes de la sécurité sociale de contrôler les employeurs afin de déceler les erreurs, les négligences et les omissions résultants de la mauvaise volonté.

[28] MUSETTE Mohamed Saib, ISLI Mohamed Arezki, HAMMOUDA Nacereddine, « Marché du travail et emploi en Algérie, élément pour une politique nationale de l'emploi », OIT, Alger, octobre 2003.

[29] La population active est l'ensemble des personnes en âge de travailler et disponibles sur le marché du travail, qu'elles aient un emploi ou qu'elles soient en chômage.

Sur la période 2010-2015, l'offre des dispositifs d'emploi et d'insertion s'est élevée, en moyenne annuelle à plus de 375 000 emplois. Les programmes d'appui à la création d'activités ont enregistré des résultats important, le microcrédit a permis le financement de 751 600 projets-activités pour un montant global de 44,9 milliards de DA pour une création de 1 127 401 emplois et les 355 296 micro entreprises créées ont généré 756 256 emplois pour un montant global de 1 218,58 milliards de DA[30].

Afin d'assurer la création d'emplois, il faut accroître la souplesse du marché du travail tout en assurant une protection adéquate des travailleurs.

2.2. Les sources de financement de la CASNOS

La CASNOS est dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, elle est réputée commerçante dans ses relations avec les tiers, Elle a pour attributions[31] :

- Gérer les prestations en nature et en espèces des assurances sociales des non-salariés ;
- Gérer les pensions et allocations de retraites des non-salariés ;
- Assurer le recouvrement, le contrôle cotisant et le contentieux du recouvrement ;
- Organiser, coordonner et exercer le contrôle médical ;
- Entreprendre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire ;
- Procéder à l'immatriculation des assurés sociaux bénéficiaires ;

La CASNOS est organisée sur le modèle d'une structure centrale relayée par des agences régionales regroupant une (01) à plusieurs antennes de Wilaya. Ces antennes sont elles-mêmes relayées par des guichets spécialisés (Arrêté Ministériel N°002 du 18/01/1997 portant réorganisation interne de la CASNOS modifié et complété). Sous l'autorité du directeur général, assisté du directeur général adjoint et de conseillers. La direction générale de la caisse comprend :

- La direction des opérations financières ;
- La direction des prestations ;
- La direction du recouvrement et du contentieux ;
- La direction de l'administration et des moyens ;
- La direction des études, de l'organisation et de l'informatique ;
- La direction du contrôle médical ;
- La direction du contrôle et de l'audit ;
- La cellule de l'actuariat ;
- La cellule d'écoute.

[30] Algérie, Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport national 2000-2015, p. 40-41.

[31] CASNOS, « Financement des prestations des assurances sociales du régime de sécurité sociale des non-salariés », In : www.casnos.com.dz.pdf, consulté le 25 Juillet 2015.

En 2010, selon les chiffres de l'enquête emploi de l'ONS, se sont 2 146000 personnes qui ne sont pas affiliés à la CASNOS, soit un taux de 25% et en 2012 seulement 480 000 personnes sont affiliées sur un potentiel de 2 875000 de personnes (cf. Tableau 28).

Tableau 28 : Evolution des Assurés Sociaux (CASNOS) (2001-2015)

Année	Nombre d'affiliés actifs*	Nombre de cotisants à jour	Nombre de retraités**
2001	743 664	343 500	134 908
2002	614 965	307 263	145 468
2003	635 001	312 742	156 070
2004	652 023	293 136	169 284
2005	676 292	295 783	177 891
2006	698 795	307 727	185 791
2007	819 821	329 003	194 730
2008	877 329	365 858	198 991
2009	941 825	393 176	209 796
2010	1 011 435	424 162	211 359
2011	1 123 932	437 132	215 517
2012	1 250 075	472 787	223 121
2013	1 287 463	533 679	231 466
2014	1 381 029	582 223	239 403
2015	1 493 629	643 997	643 997

*Les affiliés en position d'exercice effectif de l'activité
**Titulaires de pensions et allocations directes et de réversion (ayants droit).

Source : ONS, Direction technique chargée des statistiques de population et de l'emploi, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2004-2006, N° 37, édition 2008 et ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition 2016 et MTESS.

Le non-paiement de cotisations par les travailleurs indépendants représente un manque à

gagner car toute la population (affiliés et non affiliés) bénéficie des soins dispensées dans le secteur public des soins [32](cf. Tableau 29).

Tableau 29: Equilibre financier de la CASNOS (2001-2015) (en million de DA)

Rubriques	Recettes	Dépenses	Ecart
2001	9 110	12 640	- 3 530
2002	13 321	15 491	- 2 170
2003	24 906	18 261	+ 6 645
2004	25 882	20 773	+ 5 109
2005	18 188	22 259	- 4 071
2006	20 378	22 816	- 2 438
2007	14 545	15 385	- 840
2008	17 146	17 162	- 16
2009	19 095	17 739	+ 1 356
2010	23 668	20 236	+ 3 432
2011	25 394	23 558	+ 1 836
2012	30 789	26 609	+ 4 180
2013	35 448	33 010	+ 2 438
2014	38 572	38 196	+ 3761
2015	43 709	41 256	+ 2 453

Source : ONS, Direction technique chargée des statistiques de population et de l'emploi, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2004-2006, N° 37, édition 2008 et ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition 2016 et MTESS.

L'écart positif entre les recettes et les dépenses reste insuffisant. **En 2017**, le taux de la cotisation globale à la charge de l'assujetti est de 15% calculé sur la base du revenu annuel imposable (entre 216000 DA minimum et 4 320 000 DA maximum) ou à défaut du chiffre d'affaires ou dans certains cas sur la base du Salaire National Minimum Garanti (SNMG) annuel (cf. Tableau 30).

[32] ZEHNATI Ahcène, « Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie », Thèse de doctorat (En co-tutelle) de l'Université de Bejaia et de l'Université de Bourgogne, Spécialité : Sciences Economiques, Soutenue publiquement le 8 juin2014, p.77.

Tableau 30 : Evolution du Salaire National Minimum Garanti (en DA)

Année	SNMG
1 er Janvier 1990	1 000
1 er Janvier 1991	1 800
1 er Juillet 1991	2 000
1 er Avril 1992	2 500
1 er Janvier 1994	4 000
1 er Mai 1997	4 800
1 er Janvier 1998	5 400
1 er Septembre 1998	6 000
1 er Janvier 2001	8 000
1 er Janvier 2004	10 000
1 er Janvier 2007	12 000
1 er Janvier 2010	15 000
1 er Janvier 2012	18 000

Source : ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition 2016, p.24.

Le taux de la cotisation est réparti à parts égales (7,5%) entre les assurances sociales et la retraite. La cotisation annuelle varie entre 32400 DA minimum et 648 000 DA maximum pour 2017[33]. Pour les catégories particulières inactives, le taux de cotisation à la charge du budget de l'Etat varie entre 0,5% et 7% du SNMG. L'Etat finance aussi les allocations familiales, et les dépenses dites de solidarité nationale.

Presque un travailleur sur deux n'est pas affilié au régime de la sécurité sociale (CNAS et CASNOS). Le financement de la sécurité sociale demeure une préoccupation primordiale, du fait de l'insuffisance des ressources et l'augmentation des dépenses surtout avec l'augmentation des maladies chroniques, le niveau de vie et la morbidité.

L'introduction, en juin 2007, de la carte CHIFA[34] constitue un saut qualitatif dans le processus de modernisation du système de santé et de sécurité sociale en Algérie. En effet, avec la mise en place de la carte électronique à puce (carte CHIFA), la sécurité sociale en

[33] MTESS, Direction CASNOS.

[34] C'est une carte de Sécurité sociale qui permet d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit pour faire valoir leurs droits aux prestations de Sécurité sociale. Elle comporte des informations personnelles sur l'assuré (état de santé, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux).

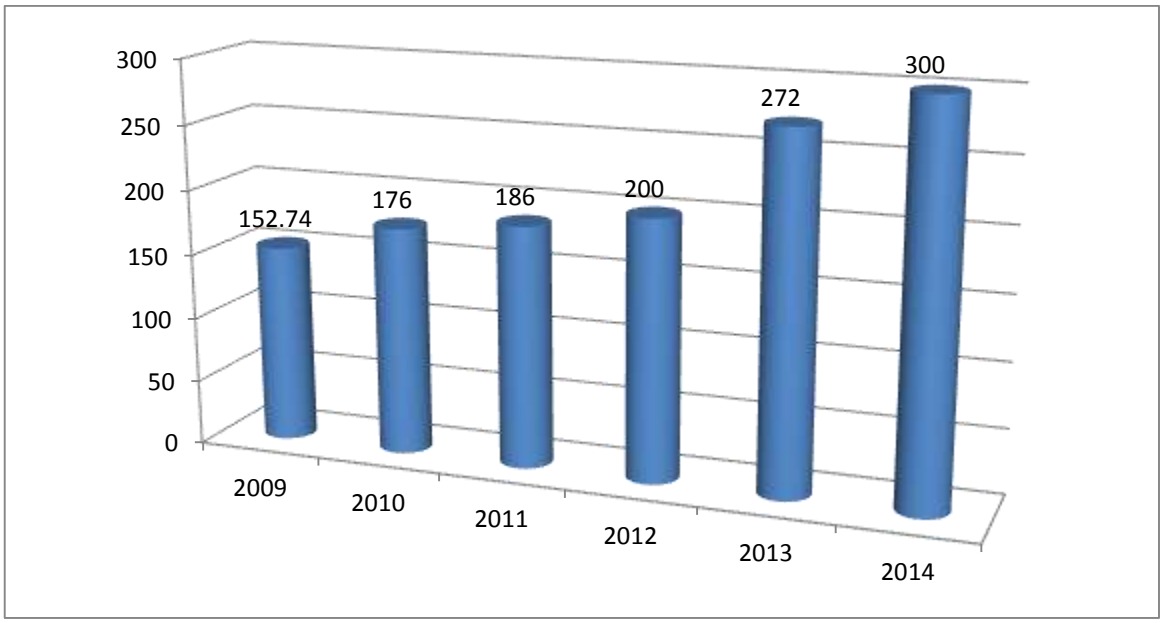
Algérie, s'est engagée dans une modernisation profonde du fonctionnement de ses structures internes et notamment en direction des professionnels de la santé au profit de ses assurés sociaux.

Section 2 : La structure des dépenses de santé de la sécurité sociale

La sécurité sociale estime que sa contribution aux dépenses de santé est de plus en plus importante. Elle est passée de 10 Milliards de DA en 1993 à 35 Milliards de DA en 2006, représentant près de 22% du total des dépenses de la CNAS[35].

Le niveau des dépenses de santé de la sécurité sociale (CNAS et CASNOS) a encore augmenté pour l'année 2014. Elle est de l'ordre de 300 milliards de DA avec un taux de croissance très important avoisinant les 100% (96,4%) en 6 ans[36] (cf. Figure 10).

Figure 10: Évolution des dépenses totales de la sécurité sociale (Mds DA)



Source : Réalisée par nos soins d'après les données de SNOUSSI Zoulikha, « Les fausses réponses à l'accroissement des dépenses de remboursement des médicaments en Algérie », In revue les cahiers du CREAD, Premier semestre 2017.

En 2014, on enregistre 11 134 430 assurés sociaux pour 34 millions de bénéficiaires pour une population total de 38,7 millions d'habitants, soit un taux de couverture avoisinant les 88%. Pour la CNAS, les dépenses sont en progression constante de 8% chaque année, cette augmentation s'explique par l'élargissement du dispositif du tiers payant aux cliniques

[35] BOULAHBAL Bachir, « L'Algérie de demain, Relever les défis pour gagner l'avenir, besoins sociaux à l'horizon 2025», Décembre 2008, p.18.

[36] SNOUSSI Zoulikha, « Les fausses réponses à l'accroissement des dépenses de remboursement des médicaments en Algérie », In revue les cahiers du CREAD sur les évolutions récentes du système de santé Algérien, Premier semestre 2017, pp.81-82.

privées spécialisées en cardio-vasculaire et hémodialyse[37]. Au 30 avril **2016**, le nombre des cliniques conventionnées est de 17, pour un nombre de malades traités de 2 122, comptabilisant un montant de plus de 1 milliard de dinars. Pour ce qui est du nombre des centres d'hémodialyse, le nombre est de 155 centres, pour un nombre de malades pris en charge de 9 108, comptabilisant un montant de plus de 2,4 milliards de dinars[38].

La couverture des soins de santé[39] s'est matérialisée aussi par la mise en place d'autres dispositifs, tels que le dispositif du médecin traitant[40], le dispositif de l'opticien pour les enfants ayants droit d'assurés sociaux, le dispositif de conventionnement avec l'ONAPH, ainsi que le dispositif du transport sanitaire, dont le nombre de transporteurs conventionnés est de 289, alors que les dépenses enregistrées à cet effet, au **30 avril 2016**, sont de plus de 631 millions de dinars[41].

1. Intervention de la sécurité sociale dans la prise en charge des malades hospitalisés

La question du lien entre le financement et la prestation est devenue, au fil des années, une des principales composantes du contentieux entre le secteur public de soins et la sécurité sociale[42]. Ce contentieux s'est accentué lorsqu'est venu s'ajouter au forfait hôpitaux, le financement des soins à l'étranger, mais également le remboursement des frais pharmaceutiques[43].

1.1. La sécurité sociale et le forfait des hôpitaux

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances[44].

---

[37] Décret exécutif définissant la convention-type entre la Sécurité sociale et les centres d'hémodialyse et décret exécutif, fixant la convention-type conclue, entre les organismes de Sécurité sociale et les établissements hospitaliers privés autorisés à assurer des activités médicochirurgicales cardiaques et cardio-vasculaires, vient de paraître sur le Journal Officiel, du 28 décembre 2014.

[38] MTESS

[39] L'hypertension et le diabète sont les deux maladies qui coûtent le plus cher à la caisse.

[40] Le conventionnement du médecin traitant intègre des mesures incitatives pour la prescription du médicament générique et des produits fabriqués localement, puisque des majorations de 20% à 50% des montants des consultations et des actes médicaux sont prévues par la convention. Décret exécutif n 09-116 du 7 avril 2009.

[41] Données fournis par le directeur de la CNAS.

[42] La gratuité des soins, dans le secteur public, s'est accompagnée d'une officialisation de la gestion exclusivement administrative puisque ni les financeurs ni les responsables des établissements de soins n'avaient les outils pour évaluer la quantité, la qualité et le coût des activités et prestations réalisées.

[43] CHOUGRANI Saada et KADDAR Miloud, « Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie », Journal de gestion et d'économie médicales, 2010/5 Volume 28, pp179-193.

[44] La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le forfait hôpitaux.

Cette disposition budgétaire appelée « forfait hôpitaux[45] » est une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit (cf. Tableau 31).

Tableau 31: Evolution du forfait hôpitaux en Algérie (1974-2017)
(en Mds de Dinars courant)

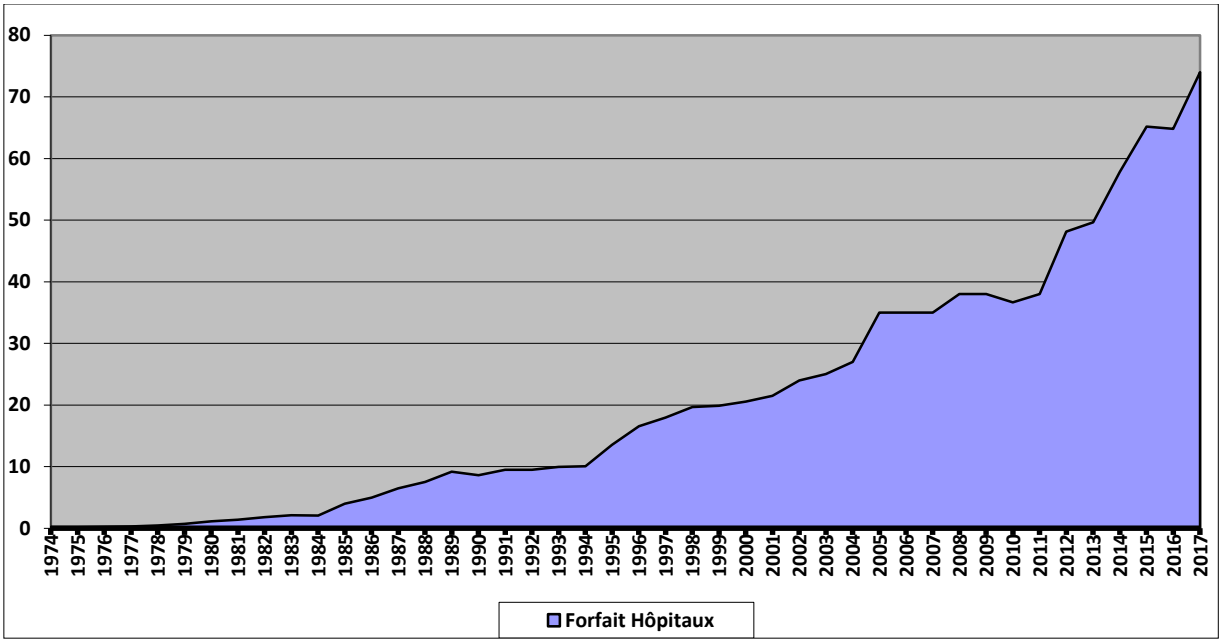
Année	Montant	Année	Montant
1974	0,20	**1996**	16,58
1975	0,22	**1997**	17,97
1976	0,24	**1998**	19,65
1977	0,30	**1999**	19,87
1978	0,47	**2000**	20,54
1979	0,71	**2001**	21,50
1980	1,12	**2002**	24,00
1981	1,41	**2003**	25,00
1982	1,80	**2004**	27,00
1983	2,10	**2005**	35,00
1984	2,05	**2006**	35,00
1985	4,00	**2007**	35,00
1986	5,00	**2008**	38,00
1987	6,50	**2009**	38,00
1988	7,54	**2010**	36,65
1989	9,20	**2011**	38,00
1990	8,60	**2012**	48,13
1991	9,50	**2013**	49,63
1992	9,50	**2014**	57,81
1993	9,98	**2015**	65,2
1994	10,05	**2016**	64,8
1995	13,55	**2017**	74

Source : CNAS, « Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et les perspectives de la contractualisation », séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, août 2008 pour 1974-2001 ; ONS, Annuaire statistique de l'Algérie n° 31, Chapitre X : Sécurité Sociale pour 2002-2013 et Caisse Nationale des Assurances Sociales et Lois des Finances (Journaux Officiels de la RADP) pour 2014-2017.

[45] Décret n°74/02 du 16 janvier 1974.

Il est vraie que la part du forfait à la charge de la sécurité sociale ne cesse d'augmenter représentant environ 35% des dépenses totales la CNAS (cf. Figure 11).

Figure 11 : Evolution de la contribution directe de la CNAS au budget du secteur public de soins (1974-2017) (en milliard de DA)



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du tableau 36.

Cette augmentation est due au désengagement progressif du budget de l'Etat et au problème lié à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit en matière d'hospitalisation et de soins prodigués. Le forfait est fixé par l'Etat et il n'a aucune relation avec la quantité et la qualité des prestations délivrées pour les assurés sociaux et leurs ayants droit dans le secteur public de soins. Le montant de la participation forfaitaire obéit à deux points essentiels :

- D'une part, les crédits alloués aux secteurs sanitaires à l'exercice précédent et des crédits nécessaires pour couvrir les prévisions de nouvelles dépenses.

- D'autre part, et pour des considérations d'équilibres budgétaires, les sommes prélevées chaque année sur les fonds de la CNAS ne lui donne aucun droit de regard sur les orientations et leur utilisation pour exiger une certaine rationalité ou privilège dans la qualité des soins au moins pour les assurés.

Les caisses d'assurances ont donc pris en considération cette évolution du forfait hospitalier et l'imposent aux structures de santé publiques, ce qui rend problématique le financement des soins. Pour la sécurité sociale, les forfaits hospitaliers constituent une charge qui peut provoquer un déséquilibre financier pour les organismes de la sécurité sociale. Cette

situation est dû à l'augmentation continue de ces forfaits d'une part et à l'absence d'autres sources de financement d'autre part. Cette préoccupation est accompagnée par la non-satisfaction des caisses d'assurance du niveau de la prestation fournie aux assurés[46]. Et pour les hôpitaux, le montant des forfaits hospitaliers est souvent considéré insuffisant, cela est dû au nombre important des patients assurés qui sont pris en charge.

Ce problème découle principalement de la non identification de la catégorie des patients (assurés social, démuni, autres). Actuellement, tous les patients sont considérés comme « assuré social ». De ce fait, l'augmentation soutenue des dépenses des hôpitaux devient une charge à supporter par les hôpitaux. Ce type de fonctionnement a non seulement menacé le système hospitalier par une absence claire et précise sur la gestion des hôpitaux, mais celui de la sécurité sociale qui accumule des dettes. C'est dans ce contexte que l'idée de contractualiser les relations entre la sécurité sociale et les prestataires de soins publics, s'est imposée. Elle a aussi été influencée par les débats internationaux sur le financement basé sur les performances et induite par la conjoncture économique des années 90 marquée par la mise en œuvre d'un programme d'ajustement structurel préconisé par les instances financières internationales.

La loi des finances de 1993[47] a ainsi introduit le principe de la contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins, en remplacement du « forfait-hôpitaux » en vigueur depuis 1973. La difficulté réside dans les modalités et instruments de la mise en œuvre et plus fondamentalement dans la volonté réelle des acteurs d'accomplir cette transition de manière transparente et concertée.

1.2. La sécurité sociale et les dépenses des transferts de malades pour soins à l'étranger

Les transferts pour des soins à l'étranger est une situation exceptionnelle qui a été placée par les pouvoirs publics comme étant une période transitoire, qui va permettre aux structures de santé d'avoir le temps pour arriver à un fonctionnement optimal. Les transferts sont du ressort de la commission médicale nationale relevant du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, ils sont ouverts à tous les Algériens nécessitant des

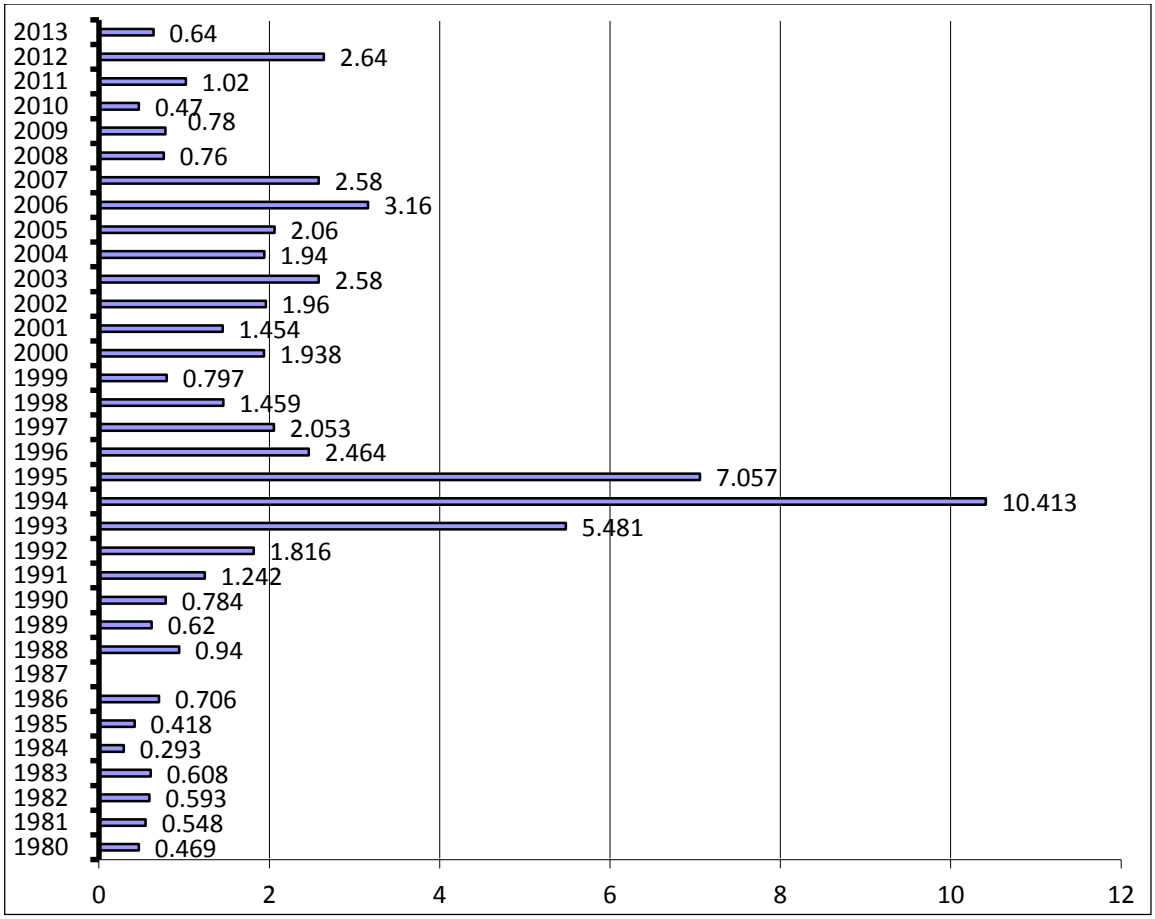
[46] AHMED ZAID-CHERTOUK M., AMIRI D., « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des hôpitaux : application au secteur sanitaire de Larbaa Nait Irathen », communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, Tizi-Ouzou, le 17 et 18 janvier 2010.

[47] Loi des finances de 1993, Article 128 du Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, n°04 du 20/01/1993. Les lois des finances définissent le montant du forfait-hôpitaux et rappellent que les parties doivent contractualiser leurs relations.

soins hautement spécialisés ne pouvant être dispensés au niveau des structures hospitalières nationales, faute de plateau technique et de compétences.

Les dépenses des transferts sont passées de 784 millions de DA en 1990, soit 5,93% du total des dépenses à 3,16 milliard de DA en 2006, soit 2,79% du total des dépenses pour atteindre les 2,58 milliard de DA en 2007, soit 2,33% de l'ensemble des dépenses[48] et descendre jusqu'à 0,64 milliard de DA en 2013, ce qui n'est pas négligeable (cf. Figure 12).

Figure 12: Evolution des dépenses des transferts de malades pour soins à l'étranger (1980-2013) (en milliards de DA)



Source : Réalisée par nos soins d'après les données de MESSAÏLI Moussa, «Dépenses publiques de santé, santé de la population et croissance économique en Algérie », Thèse de doctorat, Université de Béjaïa, Faculté des Sciences Économiques, Commerciales et des Sciences de Gestion, Spécialité Économie Managériale, Soutenue le 10/05/2018, p.155 pour 1980-2001 et ONS, Annuaire statistique de l'Algérie n° 31, Chapitre X : Sécurité Sociale pour 2002-2013.

[48] ZEHNATI Ahcène : « Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie », Op-cit, p.81.

Le mouvement à la baisse après 1994 est provoqué par une réduction significative de transfert pour soins à l'étranger, et cela grâce aux différentes conventions effectuées avec le secteur privé. Le nombre est passé de 1282 en 2005 à 163 en 2016 et sur ces 163 malades transféré, ce sont les maladies cardiovasculaires qui viennent en tête des pathologies nécessitant un transfert à l'étranger dans des établissements conventionnés avec la caisse de sécurité sociale (17 malades), suivies des maladies de l'œil (8 transferts), les maladies neurochirurgicales (91 patients) et les maladies cancéreuses (12 malades), les cas de chirurgie orthopédique (04) et d'autres affections chroniques pour la plupart (34)[49], Néamoins des progrès restent à réaliser dans la spécialité[50] :

- cardiopathie congénitales
- rétinoblastomes, mélanomes choroïdiens
- malformation artérioveineuses
- chirurgie plastique
- oncologie chirurgicale

L'expérience des conventions, entre la sécurité sociale et les services de soins hautement spécialisés dans le but de réduire les transferts à l'étranger n'a pas de recul suffisant pour être évaluée objectivement.

2. Aperçu sur l'évolution des dépenses de remboursement des médicaments et évaluation des mesures prises par l'Etat

En Algérie, la problématique du médicament a commencé à se poser dès le début de la décennie 1970. Le marché pharmaceutique algérien est le troisième marché africain (2,9 milliards de dollars en 2011), en croissance moyenne de plus de 10% par an. Il devrait cependant atteindre, voire même dépasser 8 milliards en 2020 et la part des produits importés sera toujours située autour de 60% en valeur. Les besoins thérapeutiques et médicaux évoluent vers des traitements récents et plus techniques qui sont quasiment tous importés. Citons par exemple les anticancéreux, les insulines analogues/stylos, les anticorps monoclonaux et interférons, les trithérapies, les prothèses et le matériel médical, dont seule une infime partie est produite localement. Pour ces raisons, les besoins nationaux de soins évoluent vers plus de demandes de produits innovants restant importés et le marché reste structurellement importateur malgré l'essor d'une industrie locale de production (cf. Tableau 32).

[49] Direction générale de la CNAS.
[50] CHACHOUA L., « Le système national de santé, 1962 à nos jours », Colloque international sur les politiques de santé, Alger, les 18 et 19 janvier 2014.

Tableau 32: Evolution de la taille du marché du médicament algérien (en millions USD)

Année	Production locale	Importations	Marché national	Part en % de la production locale	Part en % des importations
2000	111,44	457,09	568,53	19,60	80,40
2001	93,04	492,40	585,44	15,89	84,11
2002	106,59	619,80	726,39	14,67	85,33
2003	100,83	615,48	716,31	14,08	85,92
2004	225,00	877,43	1 102,43	20,41	79,59
2005	232,40	1 068,68	1 301,08	17,86	82,14
2006	455,00	1 185,49	1 640,49	27,74	72,26
2007	586,57	1 445,65	2 032,22	28,86	71,14
2008	533,90	1 844,56	2 378,46	22,45	77,55
2009	771,32	1 734,37	2 505,69	30,78	69,22
2010	800,00	1 664,70	2 464,70	32,46	67,54
2011	1 050,00	1 850,00	2 900,00	36,21	63,79
2012	1150,00	2 300,00	3450,00	33,33	66,67

Source : OULD ABDESLAM Sabrina, «Analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie », Thèse de doctorat en Sciences Economiques option Economie de la santé et développement durable, Université de Béjaïa, Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de gestion, Soutenu le 08/11/2018,p.62.

Le recours accru aux soins est observé notamment cette dernière décennie en raison de la situation sanitaire difficile des algériens, d'où une forte médicalisation des différents problèmes de santé. L'Etat doit trouver des solutions pour l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et aux innovations thérapeutiques (cf. Tableau 33).

Tableau 33: Evolution de la consommation nationale de médicaments (en milliards de dollars)

	1999	**2000**	**2004**	**2005**	**2006**	**2009**	**2012**
Consommation pharmaceutique	0,687	0,441	1,134	1,418	1,785	1,64	3,45
Taux d'évolution (%)	80	-35	157	25	25	-8,12	110
Population (en millions d'habitants)	30,20	30,70	32,35	32,85	33,21	35,26	37,90
C°/habitant (en dollars)	23	14	35	43	53	47	91

Source : MAHFOUD Nacera, BRAHAMIA Brahim et COPPIETERS Yves : « Consommation des médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie », مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد 2017/11, Revue de l'Université de Ouargla, p.43.

La consommation de médicaments en Algérie se répartit globalement à raison de 70% pour les ménages et 30% pour les établissements de soins[51]. La consommation par habitant varie entre 20 et 90 dollars. Elle continue à augmenter encore plus, entraînée par la transition sanitaire qui fait en sorte que notre pays cumule une double charge de morbidité ; les maladies transmissibles qui perdurent et les maladies non transmissibles.

La prise en charge de la sécurité sociale du poste médicament a joué un rôle important dans l'augmentation de la consommation pharmaceutique. Cet accroissement des dépenses médicamenteuses s'explique d'une part, par la dépendance quasi-totale de l'extérieur en matière de médicaments, d'autre part, par le développement de la couverture sociale et le système de tiers payant. Cette augmentation s'explique aussi par l'innovation médicale[52]. Le progrès technique médical multiplie les possibilités de diagnostics et de traitements et peuvent avoir un impact expansif sur les coûts. (cf. Tableau 34).

Tableau 34: Les dépenses de remboursement des médicaments dans les dépenses de la sécurité sociale

Années	Dépenses totales de la SS en DA courant	Dépenses totales de la SS en DA constant	Dont les médicaments en DA courant	Dont les médicaments en DA constant	% des médicaments dans les dépenses totales de SS
2000	68,17	66,83	21,18	20,76	31,06
2001	50,8	48,47	24,12	46,25	47,48
2002	59,22	58,05	27	26,47	45,6
2003	69,61	67,84	35,31	34,41	50,72
2004	80,01	77,22	44,13	42,59	55,15
2006	135	131,70	50,51	49,27	37,41
2007	141	136,23	64	61,83	45,53
2010	175	/	/	/	/
2011	/	/	91	/	/

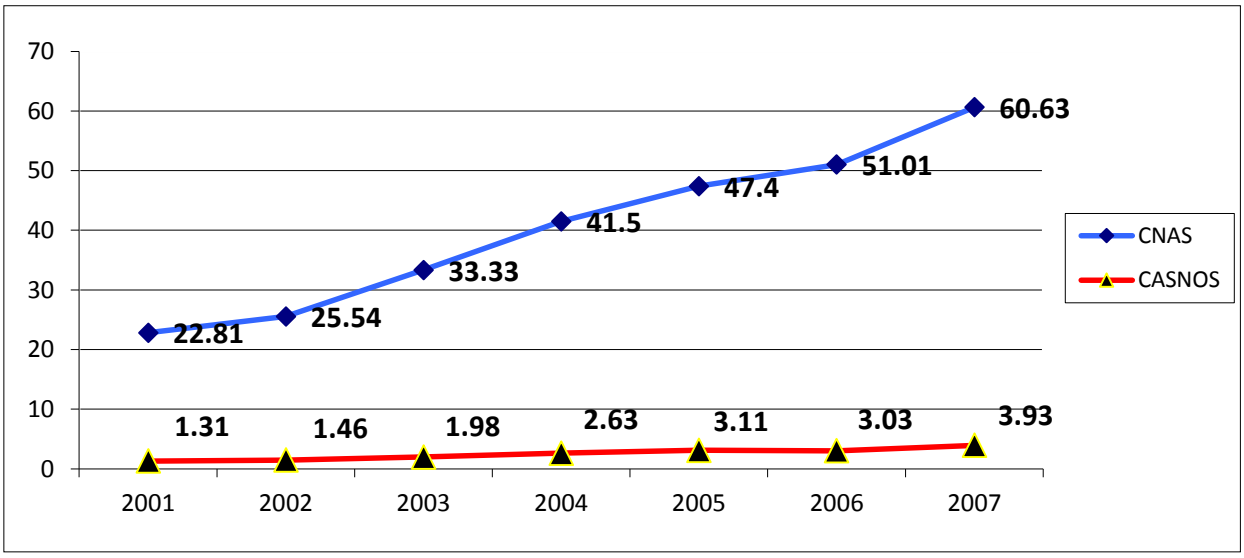
Source : ZIANI Lila et ZIANI Farida, « Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie », communication présentée aux journées internationales du risque, le 26 et 27 Mai 2011, Niort, France, p.14.

[51] Ambassade de France en Algérie : « le marché du médicament en Algérie », mission économique, 04/12/2006.

[52] On notera cependant que la relation et le sens de la causalité entre l'innovation médicale et les dépenses de santé sont loin d'être évidents, certains auteurs se posent d'ailleurs la question de l'inversion de la causalité et dans ce cas, l'innovation technologique ne serait plus la cause de l'accroissement des dépenses de santé mais tout simplement son produit.

La tentative inachevée de construction d'une industrie pharmaceutique nationale au cours de la décennie 1980, puis la réforme du secteur au début des années 1990 n'ont pas apporté les solutions attendues. Les dépenses de remboursement des médicaments dans les dépenses totales de la sécurité sociale a connu une croissance de plus en plus importante depuis 2000 avec un pic de 55,15% en 2004. Ces dépenses marquent une croissance continue au niveau des deux principales caisses (CNAS et CASNOS). Le taux d'évolution est de 200% pour la CASNOS et de 166% pour la CNAS entre 2001 et 2007[53] (cf. Figure 13).

Figure 13: Evolution des dépenses de remboursement des médicaments par la CNAS et CASNOS (2001-2007) (en milliards de DA)



Source: Réalisée par nos soins d'après les données de Brahamia in http://www.coopami.org.

Nous constatons que la CNAS rembourse des sommes importantes en matière de médicament (cf. Tableau 35).

[53] Brahamia in http://www.coopami.org.

Tableau 35: Evolution des dépenses de remboursement des médicaments par la CNAS (1988-2013) (en milliard de DA)

Année	Montant
1988	0,50
1989	0,74
1990	0,94
1991	1,35
1992	3,53
1993	5,53
1994	6,49
1995	10,62
1996	15,00
1997	16,53
1998	16,25
1999	15,91
2000	19,80
2001	22,81
2002	25,54
2003	33,33
2004	41,50
2005	47,40
2006	51,01
2007	60,63
2008	72,73
2009	76,91
2010	89,13
2011	103,32
2012	124,66
2013	147,97

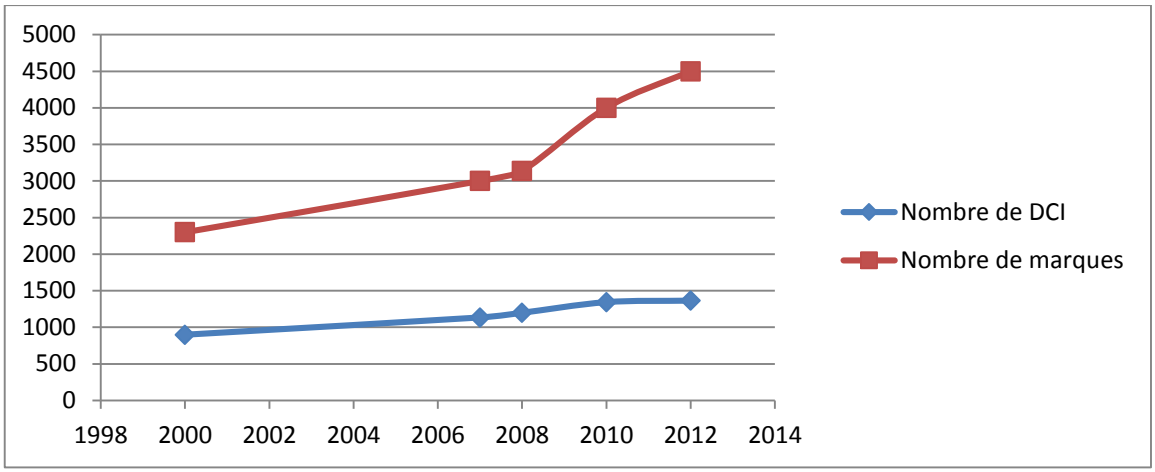
Source: Réalisé par nos soins d'après les données de Brahamia in http://www.coopami.org et ONS, Annuaire statistique de l'Algérie n° 31, Chapitre X : Sécurité Sociale.

Au premier trimestre **2016**, les dépenses en produits pharmaceutiques ont atteint 47,5 milliard de dinars[54]. Ces dépenses enregistrées traduisent les efforts substantiels réalisés en termes de facilitation de l'accès aux soins aux bénéficiaires.

[54] Direction Générale de la CNAS.

En termes de structure de médicaments remboursables par la CNAS, le nombre de DCI est passé de 897 en 2000 à 1365 en 2012. Quant au nombre de marque une augmentation considérable a été enregistré (cf. Figure 14).

Figure 14: Evolution du nombre de DCI et de marques remboursé par la CNAS



Source : Réalisée par nos soins d'après les données de Brahamia Brahim in http://www.coopami.org et MSPRH pour 2012.

L'Algérie a instauré en 2000 le système de tiers-payant[55] pour une meilleure prise en charge de ses assurés. Largement inspiré du système français, le système de tiers-payant algérien vise à faire l'avance des frais pour la catégorie des populations la plus nécessiteuse définie par voie réglementaire en application aux dispositifs de l'article 60 de la loi n° 83-11du 2 juillet 1983 modifié et complété par l'article 26 de l'ordonnance n° 96-17[56]. Il permet à l'assuré qui en bénéficie d'acquérir ses médicaments auprès d'une officine pharmaceutique conventionnée[57], gratuitement, lorsqu'il est pris en charge au taux de 100% et contre paiement de sa participation de 20 % représentant le ticket modérateur, lorsque l'assuré est pris en charge à 80%[58]. Un logiciel informatique a été conçu à l'intention des officines pharmaceutiques conventionnées. Ce logiciel comporte notamment:

- ✓ Le fichier des assurés domiciliés auprès de l'officine pharmaceutique.
- ✓ La liste des médicaments remboursables.

[55] Système qui dispense l'assuré du paiement des frais pharmaceutiques et permet notamment aux malades chroniques d'acquérir gratuitement leurs médicaments.
[56] CNAS, Les prestations de la Caisse National d'Assurance Sociale, Constantine, Mai 2000, p.16.
[57] Toute officine pharmaceutique qui le désire peut passer cette convention qui est fixé par le décret exécutif n°97-472 du 8 décembre 1997.
[58] Le système du tiers payant ne revêt aucun caractère obligatoire et l'assuré qui ne veut pas en bénéficier peut continuer à acheter ses médicaments et se faire rembourser ensuite par son centre de paiement.

- ✓ Les éléments nécessaires à l'établissement des factures et des bordereaux de transmission des ordonnances et factures en vue de leur paiement.

Après les malades chroniques, les retraités, les invalides et les personnes à revenu limité, le système du tiers payant sera généralisé. Ce système connaît une évolution continue[59] :

-En 2007, ce système a été élargi à trois maladies chroniques (HTA- crohn- asthme)

-En 2009, le décret exécutif n 09-396 du 24 novembre 2009 fixant la nouvelle convention type entre les organismes de sécurité sociale et les officines pharmaceutiques, prévoit :

- ✓ l'élargissement graduel du système tiers payant à de nouvelles catégories de bénéficiaires (travailleurs salariés et leurs ayants droit titulaires de la carte Chifa) ;
- ✓ des obligations à l'indicatif de l'officine pharmaceutique dont :
  - l'information des assurés sociaux sur les modalités de prise en charge des médicaments ;
  - l'engagement pour l'utilisation du système Chifa.
- ✓ des obligations à l'indicatif des organismes de sécurité sociale, dont :
  - l'habilitation des centres de paiement des organismes de sécurité sociale de proximité comme centres interlocuteurs uniques des pharmaciens pour toutes les formalités découlant de l'application de la convention ;
  - La délivrance gratuite de la clé électronique du pharmacien et des logiciels permettant l'utilisation du système Chifa.

Ainsi, le nombre de bénéficiaires (assurés sociaux et leurs ayants droit) de ce système est passé de moins 1 400 000 en 2005 à près de 2 300 000 en 2009. Ce sont désormais toutes les catégories d'assurés sociaux titulaires de la carte Chifa qui pourront prétendre au remboursement des médicaments. La Caisse nationale des assurances sociales (CNAS) vise, à travers l'utilisation de la carte magnétique, la modernisation du système de sécurité sociale, d'une part, d'épargner aux citoyens toutes sortes de désagréments et d'éradiquer, d'autre part, la bureaucratie[60].

---

[59] Présentation générale des principales réformes de sécurité sociale adoptées en Algérie : Séminaire technique organisé par les caisses algériennes de sécurité sociale en collaboration avec le bureau de liaison de l'AISS pour l'Afrique du nord, Alger les 25 et 26 octobre 2010.

[60] Algérie, 2ème Rapport national sur les OMD, p.74.

Le système du tiers payant vise, entre autres, l'amélioration de la qualité des prestations, la modernisation de la gestion des organismes de Sécurité sociale ainsi que la préservation des équilibres financiers du système national de sécurité sociale**.**

Si aujourd'hui une part non négligeable de la population dispose d'une carte Chifa, d'autres types de solidarité informelle voient le jour : un membre de la famille titulaire de la carte Chifa peut se faire « sur-prescrire » des médicaments afin de les donner à un autre membre de la famille non couvert. Ceci posera à terme, comme dans d'autres pays, le problème du financement de la sécurité sociale contributive, déjà en butte à des difficultés en matière de recouvrement.

Le médicament est le poste de dépenses privilégié par les pouvoirs publics pour appliquer des mesures de réduction des coûts car celles-ci sont techniquement simples à mettre en œuvre et politiquement bien acceptées. Il est, en revanche, beaucoup plus difficile de mettre en place des mesures efficaces de réduction des coûts à l'hôpital car 70% des dépenses des établissements sont générées par les salaires du personnel et il est également difficile de s'attaquer aux honoraires des médecins qui disposent d'un pouvoir de lobbying important.

Le gonflement continu de la bulle de remboursement des médicaments a poussé l'Etat à penser sérieusement à des solutions qui pourrait éviter son éclatement. L'action engagée concerne principalement le développement d'une industrie pharmaceutique et l'encouragement de la consommation des médicaments génériques. Ces changements vont permettre d'alléger les comptes des caisses d'assurance maladie.

2.1.Dépendance pharmaceutique à l'importation et nécessité de promotion industrielle

L'analyse du marché fait clairement ressortir une dépendance du pays vis-à-vis des importations[61] (cf. Tableau 36).

Tableau 36: Structure de l'offre de médicaments (en millions de $ US)

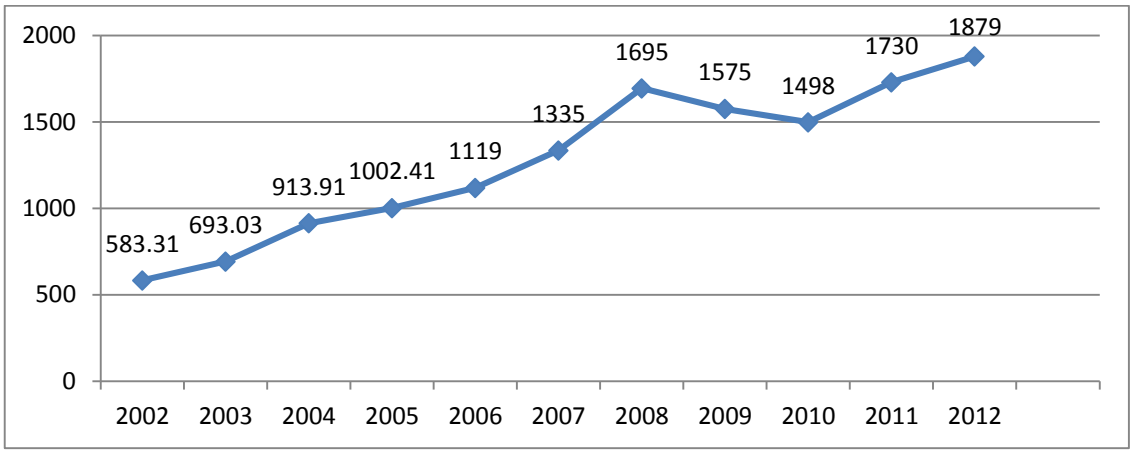
Période	**Décennie 80**	**Décennie 90**	**Décennie 2000**	**2010-2013**
Offre totale	200-300	300 - 500	500 - 1200	2 200
Part en % des importations	86	85	86	75 - 80

Source : KERNANE Abdelhamid, La stratégie partenariale dans le secteur pharmaceutique : entre urgences sanitaires et difficultés de transfert technologique, in Les évolutions récentes du système de santé algérien, cahiers du CREAD, Premier semestre 2017, p.44.

[61] 18ème édition du Forum pharmaceutique international, Centre international des conférences (CIC), Club des pins à Alger, Intervention de Mr Hamou Hafed, Directeur de la pharmacie au MSPRH, 14, 15 et 16 mai 2017. Les débats portent sur deux thèmes essentiels: "l'amélioration de la gouvernance du monde pharmaceutique africain et mondial" et "le développement de l'industrie pharmaceutique africaine et la coopération intracontinentale".

Nous constatons que la part des importations dans l'offre totale de médicament est de plus de 70%. L'importation ne cesse de croître (cf. Figure 15).

Figure 15: Importations de médicament de 2002 à 2012 (en millions de dollars)



Source : https://www.commerce.gov.dz/statistiques.

La facture d'importation du médicament a quasiment sextuplé dans un courte période de temps, passant de quelques 400 Millions US $ en l'an 2000 à plus de 2,8 Milliards de dollars en 2011[62]. En **2014**, l'importation des produits pharmaceutiques est à plus de 2.5 milliards de dollars[63]. Afin d'amortir ces importations, des arrêtés ministériels prohibent l'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine, dont les besoins sont couverts par la production nationale. Dans l'arrêté du 30 novembre 2008 (Art 1) une première liste de 251 médicaments est arrêtée. Elle a été révisée en **2011** et une seconde fois en **2015**. A cette dernière date, la liste est passée à 368 médicaments. Selon une étude récente, le marché algérien du médicament continuera à évoluer. Les ventes, en valeur, passeront à plus de 3,5 milliards de dollars en **2015**[64]. La taille du marché pharmaceutique algérien est estimée à 3,3 milliards d'euros à fin **2016**, l'approvisionnement en médicaments est assuré par 314 opérateurs privés, 150 grossistes-distributeurs et 9.600 officines de pharmacie.

On constate que l'allongement des listes à chaque révision et différents encouragements n'ont pas pu empêcher l'importation de médicaments. Les prix administrés par le Ministère de

[62] MH-029 – Développement Marché Médicament : « Le marché algérien du médicament : un investissement à rentabiliser et un potentiel à promouvoir », juin 2012, p.2
[63] Rapport : CONFÉRENCE DES NATIONS UNIES SUR LE COMMERCE ET LE DÉVELOPPEMENT(CNUCED), CADRE DE POLITIQUE COMMERCIALE: ALGERIE - Politiques Commerciales et Diversification, Nations Unies 2017, p.35.
[64] MH-029 –, Op-Cit.

la santé et une couverture encore partielle par la sécurité sociale auraient pour effet de décourager la production nationale au profit des importations. Par ailleurs, la facture d'importation des médicaments a reculé en passant à 1,42 milliards de dollars sur les neuf (9) premiers mois de **2017** contre 1,49 milliard de dollars sur la même période de **2016**, soit une baisse de 5,01%[65], néanmoins cette baisse reste insuffisante.

Selon un rapport sectoriel sur l'industrie pharmaceutique élaboré par le ministère du développement industriel et de la promotion de l'investissement, le taux d'accroissement du marché algérien du médicament s'élève annuellement de 10% (2 milliards de dollars), et il est dominé par le secteur privé à plus de 80%[66]. Cependant, force est de constater que le potentiel du secteur privé rencontre des réelles difficultés de développement, notamment en raison de contraintes bureaucratiques et de faiblesses du système de régulation. Les autorités se donnent pour objectif d'atteindre une couverture de 70% de ce marché par la production nationale et devenir une plateforme de production de génériques.

La dernière décennie a vu la réalisation de plusieurs infrastructures de production pharmaceutique de taille conséquente et dont la conception et la réalisation sont conformes aux normes techniques en vigueur. Elle compte 198 projets (2002-2013) dans l'industrie pharmaceutique pour un montant de 103 756 millions de DA et pour un nombre d'emplois de 12 391 personnes[67]et durant les trois dernières années, l'Algérie a enregistré l'inscription de plus de 140 nouveaux projets avec une moyenne de trois à quatre unités de fabrication qui voient le jour annuellement[68].

Bien que la production nationale soit en nette augmentation grâce à des efforts d'investissements appréciables de l'ordre de 100 Milliards DA réalisés au cours des dix dernières années, elle reste toujours en retrait car elle occupe 35%[69] (1 Milliard $) du marché actuel avec, pourtant, des équipements récents et aux normes internationales, tournés vers des produits tombés dans le domaine public depuis longtemps et donc à faible valeur ajoutée[70].

Les Analyses consacrées à la question de la promotion industrielle ont centré la problématique sur sa dimension locale. Elles concluent à l'absence de conditions favorables à

---

[65] https://www.commerce.gov.dz/statistiques. Vu le 10 octobre 2017.

[66] Le segment spécialisé à l'importation (ENAPHARM, ENCOPHARM et ENOPHARM) était le premier à disparaître face à la concurrence qui lui a été imposée par le secteur privé, le segment de distribution, de gros et de détail, a pu résister et se maintenir jusqu'aux années 2000. Aujourd'hui, le secteur pharmaceutique public n'est présent que sur le segment production représenté par SAIDAL et ses filiales.

[67] http://www.andi.dz/index.php/fr/secteur-de-santeAgence nationale de développement de l'investissement (ANDI) vu le 9 novembre 2017.

[68] Ministère de la Santé de la Population et de la réforme hospitalière (MSPRH), Direction des Produits Pharmaceutiques (DPH),

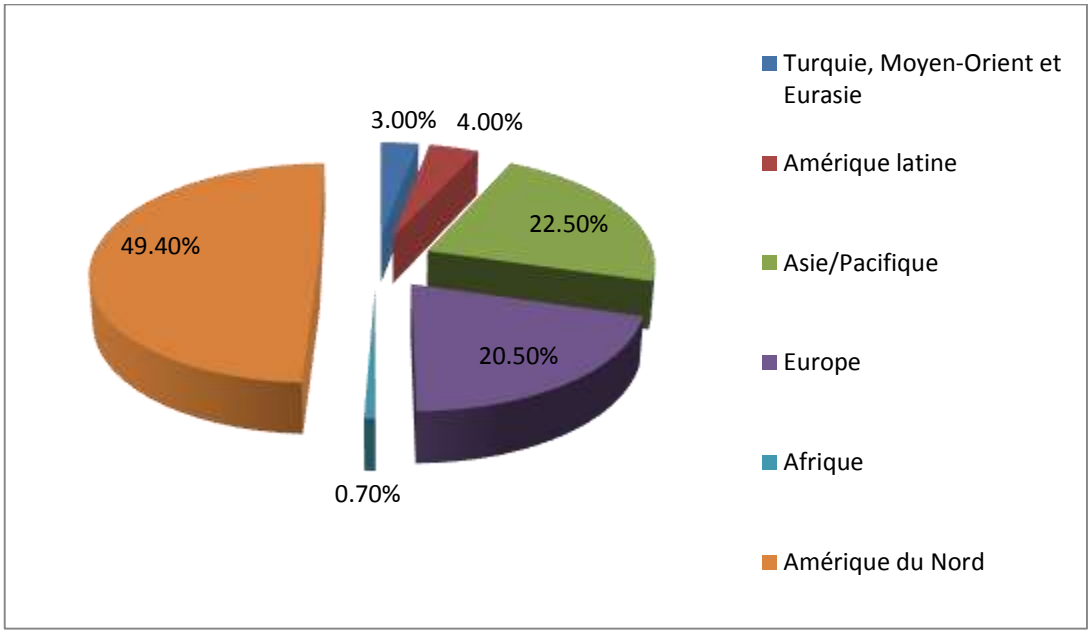
[69] La couverture des besoins totaux en médicaments est de 65% au Maroc et 49% en Tunisie.

[70] http://www.fce.dz/wp-content/uploads/2015/08/developpement-march-mdicament-juin2012-.pdf

la promotion industrielle, l'accent y est mis sur l'incohérence de la politique pharmaceutique nationale qui n'offre ni une visibilité suffisante aux promoteurs, ni les incitations nécessaires[71].

Il existe deux références en matière de politique pharmaceutique (Inde et Brésil). Si le marché américain (Etats-Unis) reste le plus important, avec 47% du marché mondial du médicament, sa prédominance diminue et les pays émergents prennent le relais de l'Europe de l'Ouest, où les cinq principaux marchés (France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni) voient leurs performances ralentir [72](cf. Figure 16).

Figure 16: Le marché pharmaceutique mondial[73] par zone géographique en 2016 (en prix producteur)



Source : http://www.leem.org/article/marche-mondial.

L'expérience réussie des deux pays émergents, vont nous permettre de tirer les principaux enseignements en matière de promotion industrielle dans le secteur pharmaceutique (cf. Tableau 37).

[71] OUFRIHA F.Z., « Le marché de gros des produits pharmaceutiques à la lumière de l'ouverture du commerce extérieur », Centre d'étude de la concurrence et des prix, Alger, 1997.
[72] Le marché pharmaceutique mondial est fortement affecté par le mouvement de générication dont sont affectées les grandes molécules aux chiffres d'affaires annuels largement supérieur au milliard d'Euros.
[73] Le marché mondial des médicaments atteindra 1.400 milliards de dollars en 2020 dont 28 milliards de dollars pour l'Afrique qui devrait enregistrer une très forte croissance annuelle (8%) de ce marché.

Tableau 37: Expériences-références en matière de politiques pharmaceutique

	L'expérience de l'Inde	L'expérience du Brésil
Indicateurs de réussite	Contrôle 80% en 1990 des formulations produites localement (contre 20% en 1970)	Contribution remarquable à l'abaissement des prix des rétroviraux (accès universelle aux rétroviraux)
Stratégie	Industrie de la copie	Industrie de la copie
Autres composantes de la politique	Législation favorable au développement industriel en matière de DPI; Engagement de l'Etat (Politique de santé publique); Autres aspects : Restriction à l'importation, tarifs élevés, contrôle stricte des prix.	Législation favorable au développement industriel en matière de DPI; Engagement de l'Etat (Politique de santé publique); Processus d'apprentissage technologique (le « Revers Engineering »)[74].

Source: KERNANE Abdelhamid, La stratégie partenariale dans le secteur pharmaceutique : entre urgences sanitaires et difficultés de transfert technologique, in Les évolutions récentes du système de santé algérien, cahiers du CREAD, Premier semestre 2017.

Nous constatons la réussite d'une « stratégie d'imitation », ou «Industrie de la copie». Grace à cette stratégie, les pays ont réussi à réaliser un apprentissage technologique et à développer une expertise dans le domaine de la fabrication de médicaments génériques. L'engagement de l'Etat est primordial, il se traduit par le développement d'une politique pharmaceutique qui vise essentiellement à[75] :

- Assurer dans la limite des ressources disponibles, un approvisionnement régulier, une disponibilité permanente et une accessibilité généralisée à l'ensemble de la population, des produits pharmaceutiques de qualité correspondant à des besoins de santé.

- à promouvoir leur utilisation rationnelle.

- Créer les conditions nécessaires et suffisantes à l'essor d'une production pharmaceutique nationale au service de la croissance économiques du pays et sa stratégie globale de développement.

[74] Il consiste à redécouvrir partiellement la composition qualitative et quantitative des médicaments à copier, dans la mesure où l'information contenue dans les brevets est souvent incomplète et les standards chimiques des molécules ne sont pas disponibles dans les pharmacopées.
[75] Rapport CNES, Politique Pharmaceutique Nationale, Octobre 2010.

Cette politique pharmaceutique, implique un processus complexe d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi[76] :

- **Formulation d'une politique pharmaceutique nationale** :
  - Organiser le processus d'élaboration de la politique
  - Recenser les principaux problèmes et les principales parties intéressées
  - Faire une analyse détaillée de la situation
  - Fixer des buts et des objectifs
  - Rédiger le texte de la politique
  - Distribuer et réviser le projet de texte
  - Assurer le soutien officiel de la politique
  - Lancer la politique pharmaceutique nationale
- **Mises en œuvre des objectifs fixés dans le cadre de la politique pharmaceutique :**
  - Définir les priorités pour la mise en œuvre
  - Elaborer un plan d'exécution sur trois à cinq ans répondant aux questions suivantes: Que faut-il faire ? Qui est responsable ? Quel est le budget nécessaire ? Quand l'activité sera-t-elle menée à bien ?
  - Diviser le plan d'exécution en plans de travail annuel
- **Suivi et évaluation** :
  - Choisir des questions pertinentes pour la prise des décisions gestionnaires
  - Limiter la collecte de données à celles qui seront vraisemblablement utilisées
  - Créer un système fiable de collecte des données (prévoir un personnel qualifié et des ressources)[77]
  - Partager les données

Tout au long du processus d'élaboration de la politique, il doit y avoir une consultation, un dialogue et des négociations avec tous les groupes et les parties intéressés, notamment les autres ministères (éducation, commerce, industrie), les professionnels de la santé (les médecins, les infirmières), les pharmaciens, l'industrie pharmaceutique locale et internationale. Il faut également impliquer d'autres organismes gouvernementaux tels que les

[76] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Comment élaborer et mettre en œuvre une politique pharmaceutique nationale ? », Genève, 2002, p.3.

[77] L'encadrement efficace de la filière pharmaceutique par le ministère de la santé impose à ce dernier un système d'information plus performant afin de rendre publiques, au fur et à mesure, les informations concernant : les prix des produits ; les décisions d'enregistrement ; les agréments des unités de production ou de distribution; les produits mis en marché ; les projets d'investissements et les importations.

systèmes de soins de santé soutenus par l'Etat et les compagnies d'assurance.

2.2. L'engagement du gouvernement pour la substitution du princeps par le générique

Un médicament est constitué de principe(s) actif(s) (PA), excipient (Ex), matériel de conditionnement(MC). Médicament = PA+ Ex + MC. Les molécules sont classées en trois segments de marché[78] :

- ✓ Les princeps qui regroupent les médicaments de prescription et généralement remboursés.
- ✓ Les génériques qui sont les copies légales des médicaments princeps remboursés et dont le brevet a expiré.
- ✓ Les OTC (over-the-counter[79]) qui sont les produits d'automédication en vente libre et non remboursables

Tableau 38: Comparaison entre un médicament princeps et un générique (copie)

	Princeps	**Générique**
Molécule active	Référence	Identique
Quantité en principe actif	Norme	Conforme
Forme galénique	Référence	Identique
Excipients	Référence	Identique
Effet thérapeutique	Référence	Identique
(Cmax*, Tmax)**	Référence	Identique
Coût	Le coût moyen de créer un nouveau médicament est de 500 millions à 2 milliards de dollars	Le coût moyen de créer un médicament générique de ce même médicament est de 1 million de dollars
Temps requis	Le médicament doit être soumis à des tests rigoureux et à plusieurs études précliniques et cliniques qui s'échelonnent sur plusieurs années. Il faut de 10 à 15 ans pour créer un seul médicament	Il faut de 2 à 3 ans environ pour créer une copie générique d'un médicament qui est équivalente sur le plan biologique et identique sur le plan chimique

*pic de concentration plasmatique
**délai d'apparition de ce pic après la prise de médicament

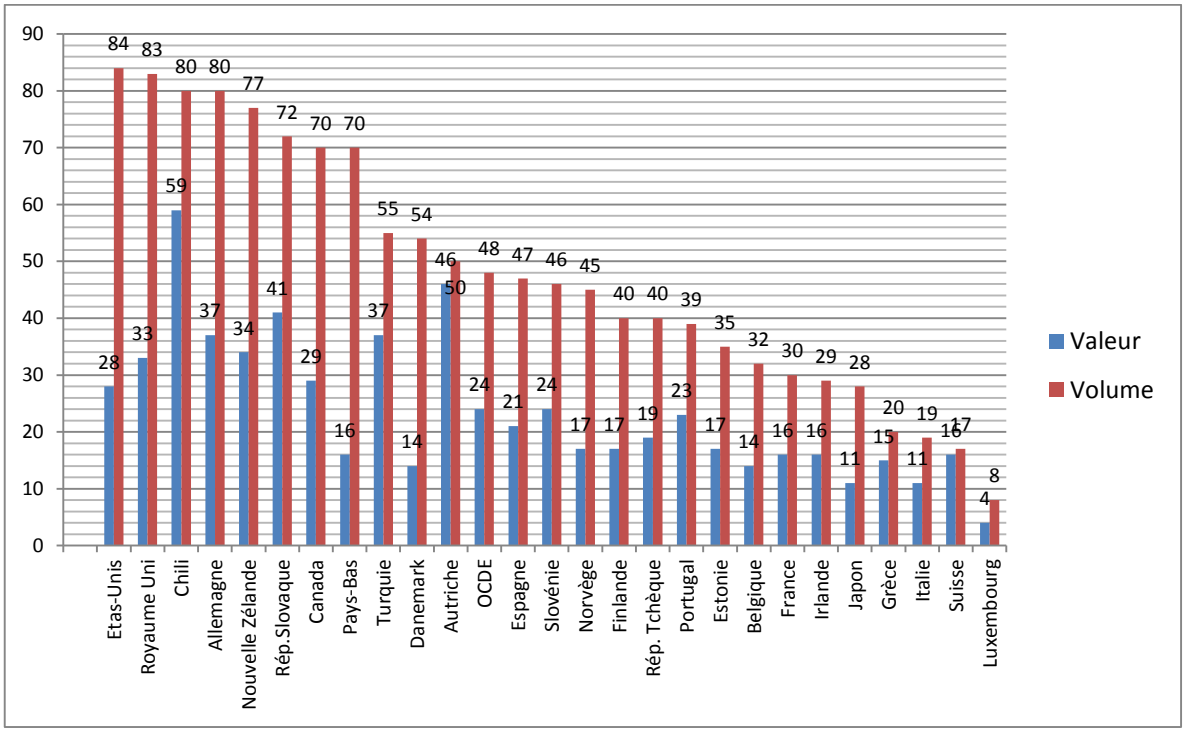
Source : OUAZOUAZ Meryem, « Etude d'un produit pharmaceutique, médicament générique à usage humain », Thèse de Doctorat En Biochimie, Université Badji Mokhtar d'Annaba, Faculté des sciences département de Biochimie, Année universitaire : 2013/2014, p.24.

[78] CHOUAL Imed Eddine, « Les PME dans le marché algérien du médicament, état des lieux et perspectives », مجلة "الأبحاث الاقتصادية" لجامعة البليدة – 2 العدد 14 جوان 2016, ص37.

[79] Concerne généralement les produits vitaminiques, complément alimentaire, tisane…etc.

Il est à noter que le médicament générique[80] prend une place de plus en plus prépondérante dans un nombre important de pays (cf. Figure 17).

Figure 17: Part des génériques dans le marché pharmaceutique total en 2013 (en %)



Source : Réalisé par nos soins d'après les données de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), « Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE », Éditions OCDE, Paris.

Tous les pays de l'OCDE voient dans le développement des marchés des génériques une bonne possibilité d'accroître l'efficience des dépenses pharmaceutiques, mais beaucoup ne tirent pas pleinement parti du potentiel des génériques. Ces derniers représentaient en 2013 plus de trois quarts du volume des produits pharmaceutiques vendus aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Chili, en Allemagne et en Nouvelle-Zélande, mais moins d'un quart du marché au Luxembourg, en Suisse, en Italie et en Grèce. Ces différences dans l'adoption des génériques s'expliquent par la croissance rapide des dépenses liées au remboursement du médicament[81].

[80] En 1920, la notion des génériques est connue avec l'aspirine par les laboratoires Bayer.

[81] Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), « Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE », Éditions OCDE, Paris, p.192.

L'importance de l'utilisation des médicaments génériques réside dans la diminution des prix par rapport à son princeps. Le calcul du coût comporte généralement le coût de la production (matière premières, formulation, conditionnement, assurance de la qualité, frais administratifs généraux, etc.), le coût de la découverte, de la recherche et du développement (y compris les redevances afférentes aux brevets et au savoir-faire), le coût de la distribution (y compris le stockage, le transport, la promotion, le service lié à la clientèle et les frais administratifs généraux) et le coût de la fourniture (y compris les dépenses techniques administratives)[82], cette diminution est liée à l'absence des coûts de la recherche et le développement (R&D) et par la concurrence entre les génériques[83]. En France la stratégie adoptée qui prévoit un recours aux médicaments génériques plutôt qu'aux marques d'origine, a permis de réaliser une économie de l'ordre de 2 milliards de dollars en 2008[84].

Le marché algérien est caractérisé par un pourcentage élevé des médicaments princeps par rapport aux médicaments génériques (cf. Tableau 39).

Tableau 39: Evolution du marché algérien des médicaments princeps et génériques (en millions d'Euro)[85]

	2004	**2005**	**2006**	**2010**
Marché	1251	1470	1623	2200
Princeps	987,5	1087,8	1135,5	1550
Part en %	79%	74%	70%	70,5%
Génériques	263,5	382,2	487,5	650
Part en %	21%	26%	30%	29,5%

Source : DERKAOUI Boumediene, « Le groupe SAIDAL et ses perspectives de développement », Algeria US Health Forum, 08 Juin 2011.

Le marché algérien reste structurellement importateur car les unités de production locales se concentrent sur les génériques (90 % de la production constituée de médicaments génériques et seulement 10 % de spécialités, aux échéances brévetaires déjà échues ou imminentes) et sur les mêmes formes pharmaceutiques qui ne couvrent qu'une partie des

[82] SNOUSSI Zoulikha, « Marché des médicaments génériques en Algérie : Quelle régulation pour quelle promotion ? », Revue nouvelle économie, N°:07 –Septembre2012, pp.25-26.
[83] L'utilisation des noms génériques encourage la concurrence en matière de prix pour des médicaments de même type.
[84] OMS, «L'OMS engage tous les pays à renforcer le financement de la santé » : http://www.who.int.
[85] En Algérie toute information est considérée comme secret professionnel, pour cette raison nous avons rencontrés une indisponibilité de données statistiques sur le marché des médicaments.

besoins (essentiellement en forme liquides, pâteuses et sèches simples, ainsi que quelques matériels médicaux de base)[86]. Le décret exécutif n° 92- 284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine[87] définit dans son article 4 le médicament générique comme toutes spécialité dont la composition est essentiellement similaire à un produit pharmaceutique original, lorsqu'il a la même composition qualitative et quantitative en principe(s) actif(s), qu'il est présenté sous la même forme pharmaceutique et que lorsque nécessaire, la bioéquivalence avec le premier produit a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité.

Le médicament générique peut présenter des différences, à condition qu'elles n'affectent pas la bioéquivalence[88] du médicament générique par rapport au médicament de référence, seule garantie d'une activité thérapeutique identique. En d'autres termes, ces différences ne doivent pas modifier la quantité et la vitesse auxquelles le principe actif est libéré dans l'organisme[89].

Afin de maintenir les normes de santé publique, les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) assurent que les médicaments sont sûrs, efficaces et de bonne qualité. Une fois sur le marché, chaque générique est caractérisé par deux dénominations distinctes dans la vignette de l'emballage :

- La Dénomination Commune Internationale[90] qui est établie par l'OMS dans une publication annuelle appelée « la pharmacopée internationale » permettant ainsi l'ensemble de la communauté scientifique d'utiliser le même langage[91].

- Le nom commercial, ou le nom déposé.

Le principe de la liberté des prix est consacré comme règle de base sur l'ensemble des marchés (Loi 95-05 du 25 Janvier 1995 relative à la concurrence), les produits pharmaceutiques en constituent l'exception dès lors qu'il sont soumis au plafonnement de leur

---

[86] Rapport NABNI 2020, CINQUANTENAIRE DE L'INDEPENDANCE : ENSEIGNEMENTS ET VISION POUR L'ALGERIE DE 2020, Janvier 2013, p.184.

[87] Selon l'OMS, un médicament à usage humain est une substance ou association de substances à but thérapeutique, prophylactique ou diagnostic, ou destinée à modifier les fonctions physiologiques et présenté sous une forme pharmaceutique permettant son administration à l'homme.

[88] Pour obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM), un médicament générique ne nécessite qu'un test de bioéquivalence, c'est-à-dire qu'il sera testé sur quelques volontaires sains ne prenant aucun autre médicament après une administration unique. Le comportement biologique du médicament générique sera alors évalué par rapport au médicament original.

[89] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), « Les médicaments génériques : des médicaments à part entière », Décembre 2012, p.6.

[90] DCI est le nom chimique de la molécule mère, il permet d'identifier la substance active dans les médicaments.

[91] C'est en 1973 que le Ministère de la Santé a arrêté la première nomenclature nationale des médicaments. Celle-ci contenait 1024 produits désignés par leur Dénomination Commune Internationale (DCI) auxquels correspondait 2450 spécialités, toutes formes et dosages confondus.

marges, par décret exécutif 98-44 du 1er Février 1998 modifiant les décrets 93-115, 95-119, 96-141 et 96-237.

La fixation des marges plafonds applicables à la production, au conditionnement et à la distribution des médicaments a été arrêtée par décret exécutif 98-44 du 1er Février 1998 qui définit les bases suivantes :

- taux unique de 20% pour la marge de production, assis sur le prix de revient hors taxes.
- taux unique de 10% pour la marge de conditionnement, assis sur le prix de revient hors taxes.
- Pour les marges de gros et de détail, quatre niveaux de marges sont définis sur une base inversement proportionnelle au prix de vente fabricant ou sur le prix CAF pour les produits d'importation.

En matière de droits et taxes, la réglementation en vigueur prévoit 5% de taxes douanières pour les médicaments importés enregistrés. Pour les médicaments importés non enregistrés, elle prévoit 5% de taxes douanières et 17% de TVA.

Pour les produits chimiques et organiques destinés à la fabrication des médicaments, ils sont exonérés des droits et taxes(décret exécutif 06-158 du 16/10/2001) sous réserve de présentation par les entreprises agréées du programme des importations prévisionnelles annuelles pour visa technique au ministère chargé de la santé.

Après les différentes crises du médicament, des mesures d'encouragement à la prescription et à la vente des médicaments génériques, notamment ceux fabriqués localement, ont été prises par l'Etat algérien:

- L'instruction n°005 du 07 Septembre 2003 encourageant la prescription et la production du médicament générique ; Les médecins bénéficient d'une majoration de 20% du montant de l'ordonnance quand il s'agit du médicament générique et d'une majoration de 50% pour les médicaments de la production nationale[92].
- Le décret exécutif 09-396 du 24 Novembre 2009 incitant les pharmaciens à prescrire le générique :
  - L'organisme de sécurité sociale s'engage, dans le cadre de la promotion du médicament générique, à verser à l'officine pharmaceutique un montant forfaitaire égal à 15 DA pour chaque médicament princeps prescrit auquel le

[92] Si votre médecin vous prescrit un médicament original, vous ne pouvez pas acheter un médicament générique avec cette prescription. Si vous voulez acheter un médicament générique, vous devez demander à votre médecin de vous prescrire un médicament générique ou de ne mentionner que le nom de la substance active (DCI) sur la prescription.

pharmacien substitue un générique et ce, quel que soit le conditionnement servis pour ce médicament (Art.26).

- L'organisme de sécurité sociale s'engage à verser une majoration de 10% du montant de l'ordonnance lorsque le pharmacien dispense, pour l'intégralité des médicaments prescrits, des produits dont les prix sont inférieurs ou égaux aux tarifs de référence. Cette majoration est portée à 20% en cas de produits fabriqués au niveau national (Art.27).

Aussi, le régime fiscal algérien en faveur du pharmacien d'officine prévoit une réfaction de 50% sur le chiffre d'affaires relatif aux ventes des médicaments dont la marge brute est comprise entre 10% et 30%. Le chiffre d'affaires relatif aux médicaments dont la marge bénéficiaire est inférieure ou égale à 10% est exonéré de la TAP (c'est le cas des médicaments destinés aux maladies chroniques)[93].L'intérêt de ces mesures d'encouragement est important pour:

- La Population :
  - Accès plus large aux médicaments ;
  - Moindre risque de ruptures de stocks ;
  - Économie pour les patients.
- Les Prescripteurs :
  - Plus de choix ;
  - Garantie de l'achat et de l'utilisation des médicaments ;
  - Meilleure observance, surtout en cas de pathologie chronique.
- La Santé publique :
  - Volume importants de médicaments acquis pour le même budget.
- Les Assurances-Maladies :
  - Maîtrise des coûts liés au remboursement des médicaments.
- L'Industrie Pharmaceutique :
  - Amortissements des investissements industriels ;
  - Économies d'échelle ;
  - Conquête des marchés à l'export.
- Les Pharmaciens :
  - Plus d'ordonnances honorées et de boites vendues.

[93] La loi de finances complémentaire pour 2010 exonérant les médicaments fabriqués localement de la TAP (taxe sur l'activité professionnelle).

Malgré un prix relativement abordable, le médicament générique n'arrive toujours pas à s'imposer sur le marché pharmaceutique algérien, le malade porte souvent son choix sur la molécule d'origine, ou le princeps, pendant que le médecin semble hésiter, de son côté, à le prescrire. L'évolution de la définition légale du générique apporte la confirmation que l'on ne peut plus affirmer aujourd'hui que les génériques sont aussi efficaces que les médicaments princeps.

L'accès aux médicaments représente un enjeu éthique parce qu'il s'agit d'un droit élémentaire, qui est celui de conserver sa vie. En effet, l'accès aux médicaments est une question de santé publique, qui met en jeu les principes d'égalité et de justice sociale. La politique de tarif de référence (TR) mise en place en avril 2006[94], dans le but d'augmenter la consommation des génériques, baisser les prix des médicaments et par conséquent, ralentir l'évolution de la dépense en produits pharmaceutiques , s'inscrit dans le cadre des réformes du système de sécurité sociale visant à assurer des prestations de qualité pour améliorer la prise en charge des soins de santé du citoyen.

Selon l'UNOP, les principales recommandations sur les prix du médicament sont[95]:

1- Harmonisation de la législation et de la réglementation relative au prix du médicament pour mettre en cohérence les textes juridiques avec la pratique actuelle qui impute clairement aux pouvoirs publics la prérogative de fixation du prix du médicament. En ce sens, la fixation d'une marge à la production est une mesure obsolète qui perd de sa signification et qui devrait être abandonnée.

2- Simultanéité de la décision de fixation du prix du médicament et de celle concernant son remboursement par les caisses de sécurité sociale. Les pouvoirs publics devraient, en ce sens, afficher clairement toutes les étapes de la procédure à suivre par les producteurs pour solliciter cette décision sur le prix public de chacun de leur produit et sur le niveau de son remboursement.

3- Le prix public du médicament devrait garantir pour le producteur la rémunération de ses coûts de fabrication de même que la rentabilité des investissements engagés, de sorte à pérenniser et encourager le développement de la production nationale. La stabilité de ce prix et des conditions de son remboursement est un élément essentiel pour le producteur comme

---

[94] Le principe de la politique est que quel que soit le prix de vente d'un médicament, l'assureur rembourse toujours le même montant en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament demandé.

[95] Union nationale des opérateurs de la pharmacie (UNOP), « Le prix du médicament, comme un des instruments de promotion et de développement de l'industrie nationale du médicament », Séminaire à l'Hôtel Hilton, mardi 25 novembre 2014.

pour les caisses de sécurité sociale. Néanmoins, il parait indispensable de procéder à la révision de ce prix pour tenir compte des changements objectifs qui affectent la réalité des coûts de fabrication.

4- Le prix du médicament importé devrait être libellé en dinar algérien, au même titre que celui du produit fabriqué localement. Il s'agit par-là, de placer les produits sur une même base concurrentielle. Cela serait également un signal en direction des fournisseurs étrangers pour les inviter à mieux s'impliquer au sein du marché national.

5- Interdiction des pratiques d'alignement automatique des prix des produits princeps importés sur ceux des génériques fabriqués localement. Cette pratique annihile tout espoir de gain de parts de marché pour les producteurs locaux dont les produits sont pourtant utilisé comme base pour la définition des prix de référence par le système national de sécurité sociale.

6- Mesures d'encouragement sélectives à prendre afin d'inciter à la fabrication de classes thérapeutiques insuffisamment investies jusque-là par la production locale. Dans le même sillage, il est nécessaire qu'un chantier nouveau soit ouvert en termes de prospection de débouchés extérieurs pour faire face à un surplus de capacité de production pas trop élevé par rapport à la taille du marché national.

Mettre en application la contractualisation nécessite la stabilité de la caisse de sécurité sociale. Il est primordial de diversifier les sources de financement du système de sécurité sociale en agissant sur des leviers autre que le prix du médicament. Il faut prendre en considération d'autres alternatives telles que l'élargissement de l'assiette des cotisations par la réduction des activités informelles.

La contractualisation est une mesure obligatoire et indispensable pour permettre le financement des établissements de santé grâce à une gestion rigoureuse de la relation hôpital-sécurité sociale qui ne doit en aucun cas remettre en question le principe de la gratuité des soins. En effet, les caisses de sécurité sociale achètent des services de soins au nom de ses assurés. Les hôpitaux publics facturent aux organismes de sécurité sociale les prestations servies aux assurés sociaux et aux personnes démunies.

Section 3 : Le processus contractuel CNAS-Hôpital

La contractualisation concerne d’une part, l’hôpital public, confronté à des contraintes de gestion et financières affectant sa performance et d’autre part la Sécurité Sociale, confrontée à l’inflation de ses dépenses. Le bureau des admissions dans ce processus est le pivot de cette nouvelle approche organisationnelle.

La réforme du financement des hôpitaux a remis au goût du jour des objectifs négligés jusqu'à présent, à savoir l'amélioration de la facturation et du recouvrement dans les établissements de santé. Si le processus a été négligé jusque-là car sa performance n'avait pas de conséquences sur les recettes de l'établissement, la T2A et la facturation directe à l'assurance maladie, commencent à provoquer, en revanche, une prise de conscience de l'importance de fiabiliser le processus de facturation. Car, si la sécurité sociale est censée couvrir les frais de soins reçus par les assurés et leurs ayants droits, comment établir la facture réelle à payer ? Comment évaluer la pertinence des soins offerts par le secteur public et notamment leurs coûts réels ? Comment réguler la relation entre le secteur public de soins et la sécurité sociale?

Les possibilités nouvelles qui sont offertes à un hôpital doté d'un statut lui conférant l'autonomie sont multiples; l'outil contractuel permet à ce type d'hôpital de mieux maîtriser son environnement et les relations qu'il entretient avec tous les interlocuteurs avec lesquels il est en contact. Cette maîtrise n'est cependant pas simple et il est vraisemblable que bon nombre d'hôpitaux dans les pays en développement, ne disposent probablement pas actuellement des capacités techniques suffisantes pour exploiter au mieux ces possibilités offertes par l'outil contractuel. Ce n'est sans doute que progressivement, en faisant appel à l'expérience et en bénéficiant de formation pour leurs cadres, que ces hôpitaux pourront maîtriser cet outil et en faire le meilleur usage possible. Le contour de l'ensemble des transactions qui se réaliseront sous le mode contractuel variera en fonction du contexte spécifique à chaque pays.

1. La relation contractuelle en Algérie

Dans les pays en développement, la plupart des analyses s'accordent pour montrer que, dans le secteur de la santé, l'existence de marchés compétitifs et transparents est quasiment absente. D'ailleurs, l'expérience de l'Algérie s'inscrit pratiquement dans la logique d'une relation construite progressivement entre des partenaires qui se connaissent et qui décident de construire leur relation.

Entre 1990 et 2001, différents acteurs et différentes structures sont mobilisés, les dépenses sanitaires sont passées de 13,077 à 64,121 milliard de dinars en moyenne, elles ont pratiquement doublé tous les deux ans[96]. Pourtant l'insatisfaction est générale. Les bailleurs de fonds jugent le système national de soins trop dispendieux, les prestataires de soins le

[96] LARIBI Amel, « Le financement du secteur de la santé », ENSP, Dossier Documentaire, Janvier 2009, p.71.

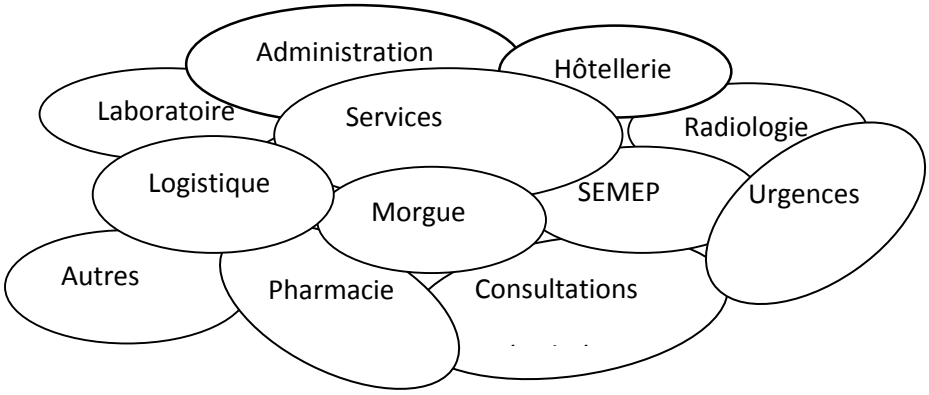
trouvent archaïque et les utilisateurs se plaignent de l'absence de soins de qualité quand ils ne dénoncent pas tout simplement une absence de soins.

Aujourd'hui, la technicité et la complexité des institutions hospitalières s'est considérablement accrue, les besoins évoluent et l'hôpital doit s'adapter et se moderniser, sans d'ailleurs nécessairement conjuguer modernité avec l'implantation de haute technologie, en particulier dans les pays à faibles revenus[97]. La politique contractuelle est une démarche innovante pour favoriser l'adaptation du tissu hospitalier aux besoins des populations.

1.1. La contractualisation externe des hôpitaux

Henry MINTZBERG considère que l'hôpital représente le modèle par excellence des organisations bureaucratiques. Toute tentative de standardisation, à partir de l'intérieur de l'organisation, est vouée à l'échec[98]. La particularité du système hospitalier algérien est son financement intégralement public et sa distribution largement gratuite, cette situation dure depuis 1973, date de la promulgation de la gratuité des soins. L'hôpital en Algérie est appelé à remplir une mission particulièrement difficile parce qu'elle se met au centre de deux grandes fonctions de l'Etat : financement et distribution.

Schéma 16 : Représentation d'un hôpital



Source : Réalisé par nos soins d'après mon expérience au CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou.

[97] CONTANDRIOPOULOS A.-P., SOUTEYRAND Y., « L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre », In L'hôpital stratège : Dynamiques locales et offre de soins, 1996, pp.3-18.
[98] MINTZBERG Henry, « Le management : Voyage au centre des organisations », Editions d'Organisations, 1990.

La contractualisation externe concerne toutes les relations contractuelles qu'un hôpital développe avec des acteurs externes. Elle peut être présentée selon deux axes : Un axe vertical et un axe horizontal[99].

1.1.1. La contractualisation externe verticale

La contractualisation externe verticale place l'hôpital soit en position de principal (en aval) soit en position d'agent (en amont).

- **La contractualisation verticale en aval**

La contractualisation en aval sera celle où l'hôpital autonome est en position de principal. Le prestataire de services de santé cherche à mobiliser le plus efficacement possible les facteurs de production. Pour assurer la production de ses services, l'hôpital doit combiner un certain nombre d'inputs:

- **Inputs matériels :** par des contrats d'approvisionnement, l'hôpital s'assure de disposer de matériels médicaux et chirurgicaux et consommables divers (eau, électricité, téléphone, produits d'entretien).
- **Les services intermédiaires :** des relations contractuelles peuvent s'établir entre l'hôpital et les prestataires spécifiques. Elles peuvent concerner différents aspects à savoir :
  - ✓ **Prestations non médicales**: l'hôpital peut ainsi passer un contrat avec un ou des prestataires extérieurs pour l'entretien des locaux, pour la maintenance du matériel (médical ou non médical), pour la restauration des malades. Ces contrats de services sont maintenant nombreux.
  - ✓ **Prestations de services médicaux**: Il s'agit de la sous-traitance de certains services médicaux (examens de laboratoires ou la radiologie) plutôt que l'hôpital les assure avec ses propres moyens.
  - ✓ **Gestion de l'hôpital :** A l'instar des petites entreprises, l'hôpital peut déléguer la gestion à un prestataire extérieur.

[99] KAÏD TLILANE Nouara, CHEURFA Taous, « La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : Enjeux et Perspectives », Séminaire international sur « L'administration publique en Algérie ; entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation Regards croisés sur les bonnes pratiques internationales », Université Constantine 2, 28-29 Avril 2014.

- **La contractualisation verticale en amont**

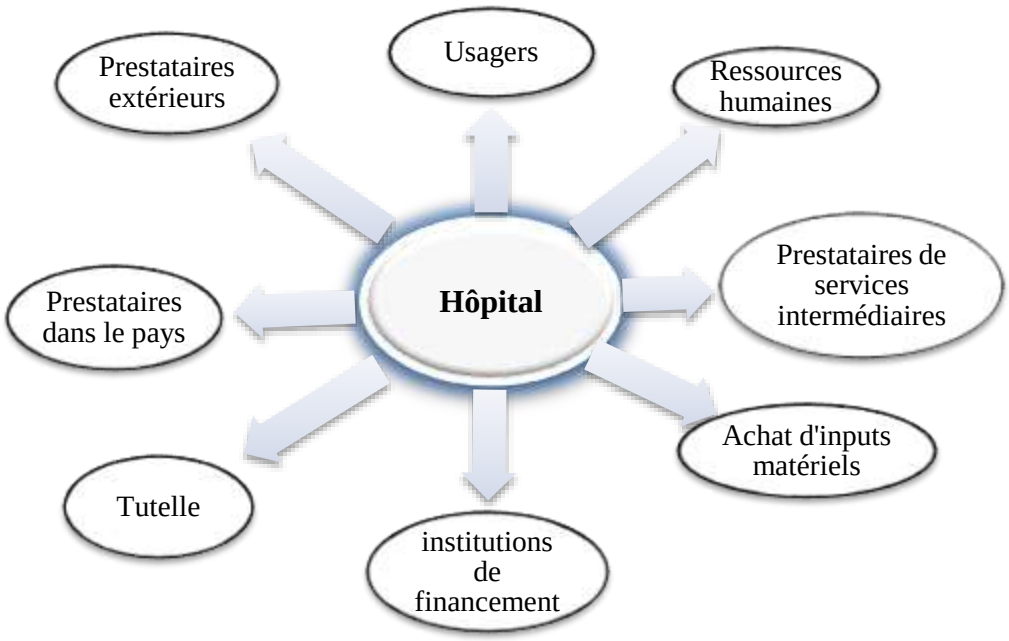
L'hôpital se situe comme un agent qui est en relation avec divers organismes : la tutelle (Ministère de la Santé, collectivités locales), les institutions de financement (assurances maladie), les usagers (associations de consommateurs ou de malades).

Chacune de ces institutions va négocier ses relations avec cet agent qu'est l'hôpital. Ce dernier exécute pour elles une prestation de services de santé qu'il convient de définir**.**

1.1.2. La contractualisation externe horizontale

En plus des contrats dans le domaine de la formation et de la recherche, l'hôpital peut signer d'autres contrats avec d'autres organismes de santé que ce soit au niveau national ou international (cf. Schéma 17).

Schéma 17 : La contractualisation externe dans les hôpitaux



Source : Réalisé par nos soins.

Dans certains cas, la contractualisation peut faire penser à un désengagement de l'État. Ainsi, lorsque l'État confie la gestion d'un de ses hôpitaux à une entité privée, on peut considérer que, puisqu'il ne gère plus au quotidien les activités de cet hôpital, l'État s'est désengagé. De même, parce qu'il ne peut plus assurer un bon fonctionnement de ses structures publiques, l'État, en cherchant le cofinancement d'un acteur privé, semble se désengager. Mais ce désengagement

n'est que relatif; en effet l'État ne procède pas à un transfert total de ses compétences associé à un transfert des ressources financières et humaines pour l'exécution de ces services.

La contractualisation interne doit se concevoir comme le prolongement et le complément de la contractualisation externe. Ils ne sont pas seulement compatibles mais ils sont aussi articulées[100].

La contractualisation interne est le fait qu'au sein même d'un hôpital des contrats d'objectifs et de moyens soient établis entre les services et la direction. Elle conduit les différentes composantes d'une même entité à dialoguer et à préciser les modalités de leurs relations. De plus, elle responsabilise les différentes composantes qui ne peuvent plus s'abriter derrière une décision hiérarchique unilatérale[101].

On peut supposer que la contractualisation interne obéisse à la même logique et vise les mêmes objectifs que la contractualisation externe, seulement il faut bien reconnaître que la contractualisation externe, au-delà de sa fonction de prévision à moyen terme a avant tout une ambition de rationalisation budgétaire. C'est dans ce contexte que s'inscrit la notion de contrat d'objectifs négociés dont le but est de faciliter le retour à l'équilibre des dépenses de santé de manière rationnelle et contractuelle[102].

1.2. La politique contractuelle en Algérie

En Algérie, la contractualisation est considérer comme un moyen permettant de mettre un terme à la gestion défaillante observé depuis 1974. Le processus de contractualisation des relations entre les hôpitaux et les organismes de sécurité sociale, un des bailleurs de fond du système national de santé, constitue le socle des réformes hospitalières engagées d'une façon irréversible par le ministère de la santé. Le législateur recentre le rôle de l'Etat par l'introduction de nouvelles dispositions dans les lois de finances à partir de 1992 : « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base des rapports contractuels ». Elles précisent par ailleurs, que les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

---

[100] MAQUART B., « La réforme de l'hospitalisation publique et privée », Droit Social, Septembre -Octobre 1996, pp.868 - 877.

[101] RIVALDI L., « Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ? », Recherche en soins infirmiers, 2006/2, N° 85, p.78.

[102] CATELAND Renaud, « L'expérience d'une contractualisation interne à l'hôpital d'Argenteuil : de la contrainte budgétaire à l'amélioration du fonctionnement », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 1999, pp.5-6

La mise en œuvre de ces dispositions a fait l'objet de conseils interministériels en date du 21 Mars 1995 et du 09 Septembre 1997. Le comité interministériel de suivi et d'évaluation, composé des représentants des Ministres concernés, a pour mission de :

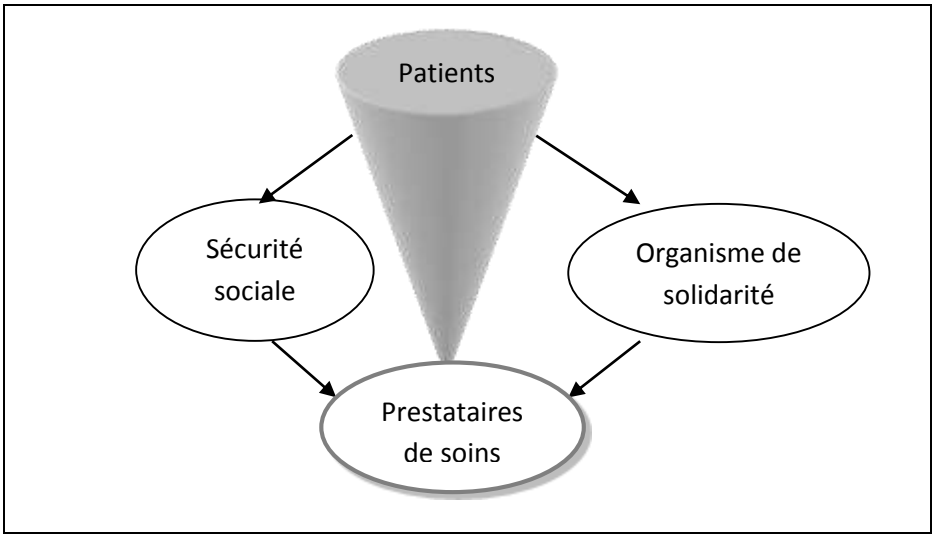
- coordonner l'action commune des secteurs ministériels concernés ;
- prendre toutes décisions permettant de faciliter le déroulement des travaux des comités intersectoriels de wilaya ;
- évaluer la mise en œuvre du processus de contractualisation, sur la base des rapports des comités intersectoriels de wilaya ;
- établir un rapport mensuel d'évaluation aux Ministres concernés.

Les conclusions du dernier conseil cité ont mis l'accent sur la nécessité de poursuivre le processus d'expérimentation du système de gestion, en relation avec la CNAS, dans six (06) structures publiques de santé, à savoir, les C.H.U. d'Alger Centre et de Tizi-Ouzou, les E.H.S. de CPMC, Hadi Flici (EI-Kettar), Ait-ldir et le Secteur Sanitaire de Médéa.

Cette opération « test », doit, en conséquence, être activée, accélérée et suivie de manière rigoureuse par les responsables concernés des établissements et de la CNAS.

Pour être admis à l'hôpital, le patient doit présenter sa carte de sécurité sociale ou bien sa carte de démuni délivrée par les directions de la solidarité nationale de la wilaya. Les nantis seront invités à payer la facture d'hospitalisation à leur sortie directement à la caisse de l'hôpital (cf. Schéma 18).

Schéma 18: La relation contractuelle dans le système de santé public en Algérie



Source : Réalisé par nos soins.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, plusieurs structures hospitalières ont testé les procédures de la contractualisation. Le principe en est simple, il suffit de répondre à ces questions:

- Quels sont les actes qui ont été dispensés au patient ? Combien a coûté l'acte ?
- Qui doit payer l'acte ?

La contractualisation est censée permettre une plus grande transparence dans les relations. Les organismes de sécurité sociale pourront connaître au plan quantitatif et qualitatif les soins fournis aux assurés sociaux. Les objectifs seraient une meilleure maîtrise des dépenses, une amélioration de la qualité des prestations de soins, une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant une utilisation rationnelle et optimale des ressources[103]. La contractualisation est vue comme un moyen par lequel la sécurité sociale achète des soins ayant un bon rapport qualité/prix.

La mise en œuvre de relations contractuelles entre les hôpitaux publics et les organismes de sécurité sociale nécessite le développement des fonctions indispensable pour la quantification, le suivi et le contrôle des prestations médicales et paramédicales. La tenue de la comptabilité et la détermination des coûts des prestations ainsi que des paramètres entrant dans la facturation est primordiale.

2. La Facturation directe à l'assurance maladie

En application des dispositions du décret exécutif N° 04-101 du 1er Avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements de santé, portant :

- État des malades (noms et prénoms) et ayants droit des assurés sociaux pris en charge
- Les références des immatriculations sociales
- Lieux de résidences des malades pris en charge
- Nature des prestations des soins fournis
- La durée des séjours

Un dispositif de pilotage a été mis en place associant l'hôpital et la CNAS afin de gérer le traitement des rejets et les anomalies de facture. Les échanges d'information à travers les T.I.C (Technologies de l'information et de la communication) permet le traitement de ces informations en temps réel et à distance avec connexion informatique entre les bureaux des

[103] MSPRH, Comité interministériel de suivi et mise en œuvre de la contractualisation, Rapport d'étape, Alger, Mai 2002.

entrées et les caisses de sécurité sociale à l'occasion de l'exploitation des fiches navettes qui sont désormais numérisées et qui correspondent à l'ensemble des actes prodigués à un malade à l'occasion de son admission dans l'établissement hospitalier.

Le processus de contractualisation vient de rentrer dans une phase décisive de sa mise en œuvre, notamment avec la mise en place à travers l'ensemble des bureaux des entrées du logiciel « IDAAS » qui correspond à la base de données CNAS de l'ensemble du fichier national des citoyens qui fait ressortir :

-Les assurés

-Les non assurés

-Les démunis, dont les cartes sont élaborées par les services de l'action sociale

(D.A.S) et non définis.

Le logiciel « IDAAS », peut être questionné à distance par n'importe quel établissement de santé à l'échelle nationale afin de déterminer la position du malade hospitalisé. Au terme du séjour du malade, une facture individuelle est élaborée, signée électroniquement et envoyée à la CNAS.

2.1. La facturation "au fil de l'eau" [104] : nouveau défi pour l'hôpital

Il s'agit, pour les établissements de santé autrefois financés par une dotation globale de transmettre pour chaque épisode de soins une facture individuelle directement à l'assurance maladie, comme au temps du " prix de journée " d'avant 1974. La facture est destinée au remboursement des frais de soins prodigués à un assuré social, pour la part prise en charge par les organismes d'Assurance Maladie obligatoire. La facture est établie sur la base des tarifs en vigueur, au " fil de l'eau " c'est-à-dire sans tarder à l'issue des hospitalisations ou des soins externes[105]. Pour les caisses d'assurance maladie, il s'agira d'apprendre à recevoir, à traiter et à intégrer ces flux de factures.

La mise en place de la facturation au fil de l'eau représente un nouveau défi pour les hôpitaux puisque l'enjeu majeur consiste à fluidifier le circuit de facturation et à améliorer l'organisation de la saisie de l'information administrative et médicale puisque la facturation individuelle et directe va relier l'activité à la trésorerie de l'établissement[106].

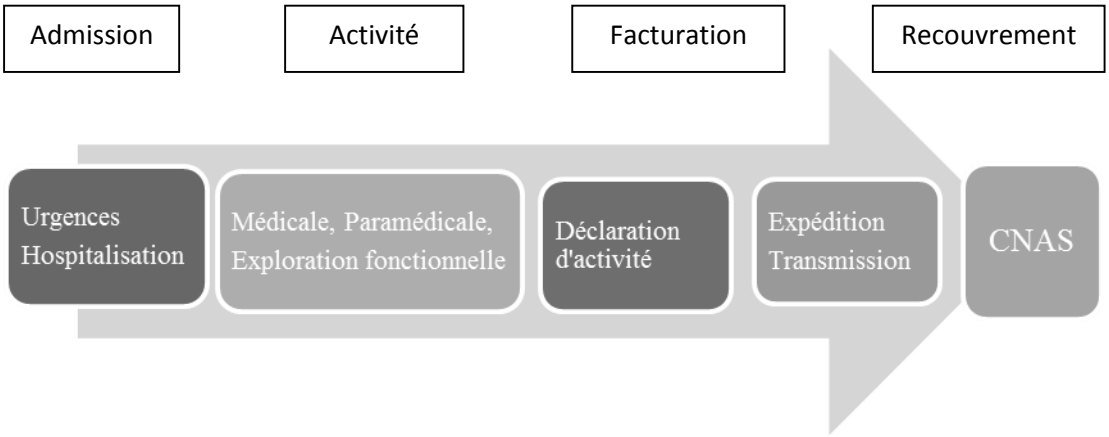
[104] Des factures individuelles par patient sont élaborées, signée électroniquement et envoyée à la CNAS.

[105] http://bfmbusiness.bfmtv.com/01-business-forum/la-facturation-au-fil-de-leau-nouveau-defi-pour-lhopital-533321.html, consulté le 23/01/2018.

[106] AUCLERT Anaïs, « L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Décembre 2012, p.3.

Le processus de facturation est un processus complexe qui se décompose en plusieurs étapes (cf. Schéma 19).

Schéma 19: Le processus de facturation CNAS-Hôpital



Source : Réalisé par nos soins d'après le processus de facturation mis en place dans les structures de soins publiques.

La mise en place de la facturation directe infuse les quatre (04) étapes clés du processus de facturation, du recueil de données à l'échange des factures[107] :

1- Admission (accueil du patient, collecte et recueil des données administratives et sociales) ;

2- Séjours, codification et sortie (qualité, exhaustivité des données médicales en temps réel, gestion des mouvements) ;

3- Transmission des actes (qualité du recueil des informations nécessaires à une facturation et à un recouvrement efficace et rapide) ;

4- Recouvrement (fiabilité des échanges avec les débiteurs).

Le ministère chargé de la sécurité sociale a conçu et mis en circulation la carte « Chifa » qui a l'ambition de devenir un véritable dossier « portable » de l'assuré social incluant toutes les informations concernant la santé de l'assuré, les examens pratiqués, les médicaments prescrits, etc. Cette carte utilisée par les organismes de sécurité sociale, les structures de soins publiques ou privées et tous les prestataires de soins (médecins, pharmaciens, etc.) permet,

[107] Idem, p.7.

dans un premier temps, la prise en charge des malades chroniques dans le cadre du tiers-payant. A terme, le système Chifa vise des objectifs stratégiques, dont[108] :

-La Modernisation de la gestion de l'assurance maladie ;

-La Contribution à la modernisation de la gestion des structures prestataires de soins ou de services liés aux soins, partenaires de la sécurité sociale ;

-L'Instauration d'un instrument performent de lutte contre les abus et fraudes multiformes en matière de prestations d'assurance maladie ;

-Le Développement et l'automatisation des bases de données de la sécurité sociale.

Sa mise en œuvre suscite des interrogations sur son adaptation à l'environnement social et technique, sur la confidentialité des données, sur le rôle des professionnels et celui des assurés dans cette nouvelle forme de relation entre la sécurité sociale, les assurés et les prestataires de soins.

La T2A a relié le budget de l'hôpital à son activité. La facturation individuelle et directe va relier l'activité à la trésorerie de l'établissement. Aujourd'hui, l'hôpital ne facture pas le séjour hospitalier à l'assurance maladie. C'est la direction des finances qui transforme ces données en dotation à l'hôpital qui vaut paiement. La trésorerie de l'établissement est donc soumise à une variation d'activité mais pas au fil de l'eau.

Les acteurs concernés par l'évolution de la facturation sont nombreux et l'un des enjeux important induit par la réforme de la facturation consiste à réunir l'ensemble des acteurs autour d'un objectif commun. Il apparaît nettement que la véritable faiblesse de l'activité de facturation réside dans le cloisonnement des professionnels les uns avec les autres (ils travaillent de manière isolée).

Au final, la qualité de la facturation sera autant le fruit de la qualité des travaux de chacun que de leur bonne coordination.

2.2. La réorganisation de la chaîne de facturation

L'Information Médicale est un ensemble de données dont l'acteur principal est le personnel de santé (Médical et Paramédical) ; c'est lui qui la crée. Il permet le pilotage et la collecte des données dans un dossier médical. Une fois, l'information est recueillie au niveau d'un service, celle-ci permet aux acteurs hospitaliers de la développer et de l'animer. Ces données recueillies et traitées, vont enrichir la banque d'information afin de permettre aux décideurs (médecins, administrateurs et le Département d'Information Médicale) de prendre leurs décisions et de ramener l'information à un degré de finesse.

Les dysfonctionnements de la chaîne médico-administrative de facturation dévoilent leur ampleur et leur impact sur l'état des finances globales de l'hôpital. L'analyse de la chaîne

[108] MTESS, « Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie », 2011, p.27.

met donc en lumière un certain nombre de problématiques qui entravent le développement de la relation contractuelle entre la CNAS et l'hôpital[109].

La contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés y compris les centres hospitalo-universitaires est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés et de leurs ayants droit. La mise en œuvre de ce financement sera réalisée sur la base des informations relatives aux assurés sociaux pris en charge dans les établissements publics de santé et ce, dans le cadre de la relation contractuelle entre la sécurité sociale et le ministère de la santé. La contribution de la sécurité sociale pour l'année 2004 été de vingt-sept milliards vingt et un millions deux cents soixante-quatorze mille dinars algérien (27.021.274000 DA)[110] et pour l'année 2005, cette contribution a été de trente-cinq milliards de dinars algérien (35.000.000.000 DA)[111].Les organismes de sécurité sociale sont chargés de l'actualisation du fichier national des assurés sociaux et de leur ayant droit.

Les fonds destinés au financement des programmes spécifiques de soins en faveur des assurés sociaux et des ayants droit sont soumis à une évaluation périodique menée par les services compétents des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale.

D'après la circulaire n° 3637 MSP/ DSS du 23 / 12 / 1985, la fiche navette est un document qui accompagnent systématiquement le dossier médical du malade à son admission, l'ensemble des prescriptions qui y sont notées font l'objet d'un décompte final à l'occasion de la détermination du coût des prestations et de la journée d'hospitalisation au niveau du bureau des entrées pour l'établissement de la facture. Jusqu'à présent, la facturation se fait à blanc à titre d'une démarche expérimentale.

On déplore le manque de volonté du personnel aux procédures de collecte des données relatives aux malades (transcription incomplète des données médico-administratives) (La fiche navette reste un document inexploitable vu le manque d'informations).

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) est le référentiel de base de la sécurité sociale. Elle établit la liste des actes professionnels (avec leur cotation) que peuvent avoir à effectuer les médecins, les chirurgiens-dentistes, les médecins dentistes, les sages-femmes et les paramédicaux. Elle s'impose aux praticiens pour déterminer le prix des actes et soins médicaux pratiqués ainsi que les modalités de prescription sur la fiche navette et les conditions générales de remboursement.

---

[109] Instruction interministérielle du 20/09/97 relative à la mise en œuvre du processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico–administratif du patient au niveau des établissements publics de santé.
[110] Loi N° 03-22 du 28 Décembre 2003 portant loi de finances pour 2004, art 59.
[111] Loi N° 04-21 du 29 Décembre 2004 portant loi de finances pour 2005, Art 72.

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient[112], la tarification est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la santé, de la sécurité sociale et des finances, conformément aux lois et règlements en vigueur[113] (cf. Tableau 40).

Tableau 40 : La valeur monétaire des lettres clefs selon la nature de l'acte en 2017

Lettre clef	Nature de l'acte	Valeur de la lettre clef
PC	Actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie	11 DA
K	Actes de chirurgie pratiquée par le médecin	11 DA
D	Actes pratiqués par le médecin dentiste ou le chirurgien-dentiste	9,50 DA
DS	Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste Spécialiste	11 DA
SFI	Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme	10,50 DA
AMM	Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute	10,50 DA
AMI	Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière	10,50 DA
R	Actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin ou le chirurgien-dentiste	12,50 DA
B	Actes d'analyse médicale	2 DA
KB	Actes de prélèvements pour analyse médicale effectuée par un praticien non médecin	11 DA

Source : La Nomenclature Générale des Actes Professionnels de 1987.

La nomenclature des actes, datant de 1987[114]comportait un total de 1 800 actes, elle est passée, en 2007, à près de 8 000 actes. Le nombre de lettres-clés est passé, de 10 en 1987 à 33 pour la nouvelle nomenclature. Si un acte ne figure pas à la Nomenclature, il peut être assimilé à un acte de même importance portée sur cette dernière et, en conséquence, affectée du même coefficient que cet acte. Dans ce cas, le praticien doit mentionner sur la fiche navette "actes assimilable"[115].

Les négociations au sein de la commission de la tarification, qui devait achever sa mission le premier trimestre 2008, n'ont pas abouti à ce jour. Les désaccords sur les

[112] Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.
[113] Arrêté interministériel du 4 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs relatives aux actes professionnels des médecins chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.
[114] République algérienne démocratique et populaire. Arrêté interministériel du 04/07/1987 fixant la valeur monétaire des lettres-clés relatives aux actes professionnels. Journal officiel n°1 du 06/01/1988.
[115] CHOUGRANI Saada, KADDAR Miloud, « Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie », Journal de gestion et d'économie médicales, 2010/5 Volume 28, p.179-193.

niveaux de tarification et donc sur les dépenses de la sécurité sociale et les revenus potentiels des professionnels et des structures de soins ont été tellement importants qu'il a fallu demander l'intervention d'une instance d'arbitrage, qui n'a pas encore tranchée.

De son côté, et unilatéralement, le ministère de la santé a instruit en 2008 les établissements publics de santé à se conformer à un nouveau barème pour les consultations de médecine générale et de spécialité de l'ordre de 400 DA et 300 DA et ce pour la simulation de la facturation aux caisses de sécurité sociale. Trois actes professionnels font l'objet de nouvelles négociations, à savoir les actes de cardiologie médicale, de radiologie conventionnelle et de biologie. Pour ce dernier, le tarif de la santé serait de 13 DA contre 7,13 DA proposée par la caisse de sécurité sociale. La dernière tarification de 1987 pour l'acte de biologie était de 2 DA[116].

Le financement à l'acte est la forme la plus simple de financement à l'activité. C'est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué (l'hôpital est payé au coup par coup en fonction des services fournis). Un épisode de soins hospitalier génèrent une quantité d'actes dont les actes de diagnostics (tests de laboratoire, radiographie, …), les services médicaux et les services infirmiers. Le paiement est associé à chaque acte déclaré.

C'est ainsi que sont financés les services hospitaliers au Japon, en Suisse et aux États-Unis. Il s'agit de systèmes où les prestataires sont le plus souvent privés et où les assureurs sont multiples.

Les principales limites du paiement à l'acte tiennent à son aspect non-limitatif et à sa tendance à perpétuer le mauvais usage des ressources. En plus de restreindre la capacité à contrôler les coûts du système, on observe les inconvénients additionnels suivants[117] :

- **Multiplication d'actes non nécessaires**

L'augmentation de la quantité d'actes n'est pas forcément accompagnée d'une augmentation du volume de patients traités. En effet, les hôpitaux sont incités à augmenter le nombre d'actes posés par patient. Le développement des systèmes d'information sur les coûts par cas et leur utilisation pour comparer la performance des établissements et pour établir les tarifs ont pour effet de lier l'activité des établissements avec les besoins des patients.

[116] CHOUGRANI Saada, KADDAR Miloud, Op-cit.

[117] BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier, « Traité d'économie et de gestion de la santé », Presses de sciences Po- Editions de santé, Paris, 2009, p.15.

- **Inefficacité**

Il n'y a aucun incitatif pour les hôpitaux à revoir leurs procédures. Ainsi, dans le cas où ces dernières seraient dispensées de manière inefficace, ce type de paiement aura tendance à perpétuer le mauvais usage de ressources.

La contractualisation CNAS- hôpital conduira à l'amélioration de la prise en charge globale du patient. Néanmoins, les habitudes prises non seulement dans l'hôpital mais chez les usagers restent ancrées et la dynamique du changement est parfois lente à démarrer.

La mobilisation passe par la communication avec les patients, les services de soins et surtout le corps médical qui croit que la transcription des actes est un geste insignifiant qui ne les concerne pas. Même si nous vivons un temps où la médiation est de plus en plus technologique, nous ne devons pas oublier que sa consommation active ne peut se faire en l'absence d'une préparation du terrain réceptif et sans stratégie de réception[118].

Conclusion

La contractualisation est vue par la sécurité sociale comme un moyen pour disposer des données et des outils permettant de faire des achats de soins de qualité et compétitifs. Il s'agit également de freiner la croissance rapide de ses dépenses de soins : la sécurité sociale ne prendrait en charge que les assurés sociaux et leurs ayants droits et non les usagers du secteur public.

Si l'Etat ne soutient pas cette nouvelle vision, les actions entreprises sur le terrain risquent à tout moment d'être remises en cause ou, rester sur le terrain de l'expérimentation. L'État doit permettre aux expériences de se dérouler dans un climat serein, elle doit indiquer son soutien le plus fort à cette approche de sorte à envoyer à tous les acteurs un message clair, de sorte à les inciter à s'inscrire dans cette logique.

Ce faisant, comme déjà cité, la réforme hospitalière devrait à terme aboutir à revaloriser les conditions de travail des professionnels de la santé, encourager les plus performants et surtout fournir une plus grande qualité de soins au bénéfice des malades.

Le chapitre suivant sera consacré à l'application de la contractualisation dans un établissement public hospitalier. Il s'agit d'un véritable défi que l'hôpital d'aujourd'hui doit relever pour la recherche de la performance avec la contribution de ses différents acteurs et par la mise en place de système d'information en relation avec les changements organisationnels.

---

[118] FOUL H., « Stratégie et structure dans la dynamique de l'accumulation technologiques », Cahier CREAD, N°25, 1er Trimestre 1991, N° spécial. Transfert et accumulation technologique.

CHAPITRE IV

LES CONDITIONS DE MISE EN PLACE DE LA CONTRACTUALISATION DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER : CAS DU CHU DE TIZI-OUZOU

Introduction

La réforme hospitalière entreprise a apporté de nombreux changement qui plongent les hôpitaux dans une nouvelle dynamique sanitaire, économique et sociale. En effet, ces derniers doivent satisfaire les exigences relatives à l'offre et à la qualité des soins tout en faisant face à des impératifs modernes de gestion.

L'immersion physique dans l'environnement du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou pendant 20 années nous a permis d'appréhender son fonctionnement et de le décrire sur la base d'informations réelles recueillies au plus près du terrain physique. Les différents constats ont été élaborés par rapport aux éléments suivants :

- le processus de prise en charge du patient,
- la place des systèmes d'information et de communication (la circulation de l'information et sa coordination),
- la place des référentiels dans le fonctionnement réel et leur apport ainsi que les pratiques de codification des activités.

Toutes ces observations nous ont permis de démontrer pourquoi après 26 ans (1992-2018), la contractualisation est toujours dans sa phase expérimentale.

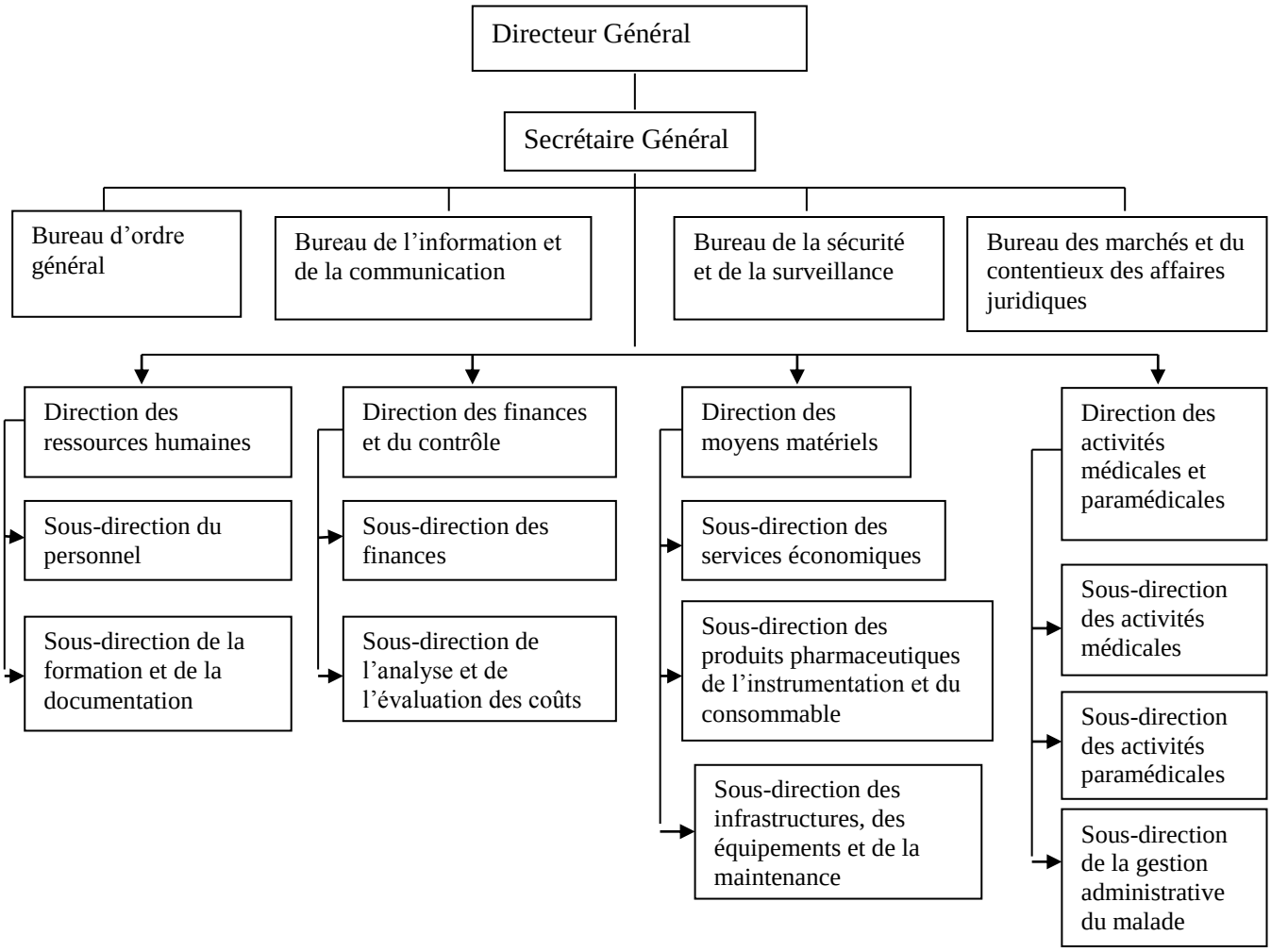
Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales. En 1974, l'hôpital régional de Tizi-Ouzou devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées et en 1982, le secteur sanitaire de Tizi-Ouzou se voit alors transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire[1].

Le CHU est une institution publique à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est rattaché au ministère de la santé et il a été créé par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par le Décret n°86/294 du 16 Décembre 1986. Son siège est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed.

[1] Un seul hôpital peut être désigné en qualité d'hôpital universitaire pour chaque université qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet.

Schéma 20: Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou



Source : Réalisé par nos soins d'après les données de la direction des ressources humaines du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Le directeur général du CHU est tenu au bon fonctionnement des différentes directions et représente en définitif l'autorité au sein de son établissement.

Les différents bureaux rattachés à la Direction Générale sont :

- Le bureau d'Ordre Général ;
- Le bureau de l'information et de la communication ;
- Le bureau de la Sécurité et de la surveillance Générale ;
- Le bureau des Marchés, du contentieux et des affaires Juridiques.

Dans l'organisation administrative du Centre hospitalo-universitaire on trouve :

➢ **La Direction des Ressources Humaine (DRH) :** Les missions attribuées à cette direction sont :

- La détermination des besoins en personnels et les mettre en temps opportun à la disposition des services opérationnels ;
- L'élaboration des plans annuels et pluriannuels de recrutement des personnels ;
- Assurer la répartition judicieuse du personnel entre les services afin d'éviter le sous-effectif et le sureffectif ;
- Harmoniser l'évolution statutaire des carrières avec la situation prévisible ou réelle de l'organisme (poste vacant, ...) ;
- Maîtriser les effectifs et les coûts ;
- Définir les besoins qualitatif et quantitatif ;
- Maitre en place des programmes de développements des carrières.

Afin de réaliser ces objectifs, la direction des ressources humaines comporte deux sous-directions.

1- La sous-direction du personnel, composé du :

- Bureau de la gestion des carrières du personnel médical ;
- Bureau de la gestion des carrières du personnel paramédical ;
- Bureau de la gestion des carrières des personnels administratif, technique et contractuel ;
- Bureau du mouvement et des statistiques ;
- Bureau de la comptabilité et de la solde.

2- La sous-direction de la formation et de la documentation, composée du :

- Bureau de Formation ;
- Bureau de la documentation.

➢ **La Direction des Finances et de Contrôle (DFC) :** Elle a été créée par arrêté interministériel du 26-04-1998 fixant l'organisation administrative des CHU. Elle comprend :

1-La sous-direction des finances, composé du :

- Bureau du budget et de la comptabilité ;
- Bureau des recettes et des caisses.

2- La sous-direction de l'analyses et de l'évaluation des coûts, composés du :

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

➢ **La Direction des Moyens et Matériels (DMM) qui comprend :**

1- La sous-direction des moyens des services économiques, composé du:

- Bureau des Approvisionnements ;
- Bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ;
- Bureau de la restauration et de l'hôtellerie.

2- La sous-direction des produits pharmaceutique, de l'instrumentation et du consommable, composé du :

- Bureau des infrastructures ;
- Bureau des équipements ;
- Bureau de la maintenance.

➢ **La Direction des Acticités Médicales et Paramédicales (DAMPM) qui comprend:**

1- La sous-direction des activités médicales, composé du:

- Bureau de l'organisation et évaluation des activités médicales ;
- Bureau de la garde et des urgences ;
- Bureau de la programmation et de suivi des étudiants.

2- La sous-direction de la gestion administrative du malade, composé du :

- Bureau des admissions ;
- Bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio thérapeutiques.

Chaque hôpital met en place le schéma organisationnel qui lui paraît être le plus approprié. Cette possibilité explique que nous retrouvons dans les hôpitaux, à côté de structures légalement obligatoires comme le département médical et le département infirmier, des subdivisions telles que le département financier et administratif ou le département logistique.

Dans le but d'uniformiser, de standardiser et de centraliser la gestion de l'information des différentes structures de santé le Ministère de la Santé, a mis au sein des directions, différentes applications informatiques (cf. Tableau 41).

Tableau 41: Présentation générale des applications informatiques existantes au CHU en 2017

Application	Service	Acquisition	Fonction
Epi info	SEMEP	MSPRH	Surveillance épidémiologique
EPI PHARM	Exploitation en Monoposte : Pharmacie centrale	1995 : MSPRH	Gestion du médicament
Patient-IDAS	Exploitation Réseau : Bureau des Entrées Services Médicaux, DAMPM Service Informatique	2001 : MSPRH	Gestion : Admissions Renseignements Facturation
Paye	Exploitation en Réseau : DRH (Solde)	2003 : Acquisition Externe.	Editions de tous les Etats de Solde.
Epistat	Exploitation en Monoposte :DRH DAMPM, DMM, Informatique	2007 : MSPRH	Canevas Statistiques de la Ressource Humaine Activités Equipements
WEB PHARMA	Exploitation en réseau : Pharmacie centrale	2008 : Acquisition Externe.	Gestion de l'article de pansement
GESTINV	Exploitation en monoposte : DMM	Service Informatique	Gestion des Equipements Médicaux par Service
Gest_Budget	Exploitation en Réseau : DFC	2008 : Service Informatique	Suivi du Budget.
Gest_Consult	Exploitation en mode Réseau : Consultation Spécialisées.	2009 : Service Informatique.	Suivi du Dossier Malade en Consultation.
3COH	Exploitation en Réseau : Centre de Calcul	2010 : MSPRH	Système Intégré.

Source : Réalisé par nos soins d'après les données du service informatique du CHU de Tizi-Ouzou.

La mise en place des logiciels s'est basée sur le principe du découpage de l'organisme en domaines d'activités (économique, financier et médical).

Poursuivant la politique de réforme dans le cadre d'une mise à niveau et du développement des activités hautement spécialisées, le Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou a adopté une démarche participative qui fait intervenir l'ensemble des acteurs œuvrant en son sein. Ainsi, les différents organes de gestion et de fonctionnement de l'établissement sont mis à contribution pour la mise en place d'un programme dont les objectifs ambitieux s'articulent autour des missions confères à l'établissement dans le cadre des soins, de la formation et de la recherche en intégrant tous les problèmes nationaux, la

problématique des transitions épidémiologiques, démographiques, et les projections de la nouvelle forme de financement à travers la contractualisation.

1. Les Missions du CHU

À travers la normalisation des services, l'acquisition d'équipement de dernière génération, le développement d'activité hautement spécialisés, on confère à l'établissement le statut de centre de référence régionale. Il couvre les quatre wilayas suivantes : Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdès et Bouira. Il dessert un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants avec une capacité de 1043 lits organisés, répartis en 42 services. Les différents services sont représentés selon un organigramme hiérarchisé par le MSPRH, englobant l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales, plateau de biologie, de radiologie et autres explorations[2].

Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en sciences médicales, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'étude et de recherche. Toutefois, ces missions ne pourront être confortés qu'à l'aboutissement des 3 Objectifs fixés à travers la triptique de : accessibilité, équité et qualité.

1.1. En matière de santé

Le CHU, défend les valeurs fondatrices du service public de santé :

• Garantir en toute circonstance l'égal accès aux soins pour tous ;

• Garantir en toute circonstance la permanence et la continuité des soins ainsi que la prévention sanitaire ;

• Prévenir toute forme de discrimination ou de maltraitance.

Il est chargé d'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé et de la population. Il est chargé d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé. Mais la priorité est de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.

Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidante à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

1.2. En matière de formation

Le CHU, assure, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales.

[2] CHU de Tizi-Ouzou.

Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

1.3. En matière de recherche

Le CHU, effectue, dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences de santé, Organise des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de santé.

1.4. En matière de Prévention

Le CHU participe à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation sanitaire des patients accueillis, et aux campagnes collectives d'information du grand public par des actions coordonnées avec le réseau associatif (sida, toxicomanie, lutte contre le tabagisme, risques cardio-vasculaires, médecine sociale et humanitaire...).

La qualité, la sécurité des soins et la satisfaction des usagers sont au cœur de la stratégie de la direction du CHU. La direction, est administrée par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur Général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif.

Le conseil scientifique propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention et la répartition des personnels, en fonction des activités des services. Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche. Le conseil d'administration délibère quant à lui sur le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissements, les projets d'organigramme des services, les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements et les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes.

2. Unité Nedir Mohamed et unité Belloua du CHU

Le CHU est composé de deux unités à savoir, l'unité NEDIR Mohamed sise au centre-ville de Tizi-Ouzou et l'unité BELLOUA située à quatre kilomètres du chef-lieu de la wilaya.

2.1. Unité Nedir Mohamed

L'unité est construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1955. D'une architecture rustique et des plus harmonieuse, l'hôpital est réalisé en pavillons

interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services d'hospitalisations et facilitent les transferts des malades (cf. Tableau 42).

Tableau 42: Les services d'hospitalisation de l'Unité NEDIR Mohamed (Nombre de lits en 2017)

Services	**Nombre de lits**	
	Techniques	**Réels**
Services Médicaux	**362**	**284**
Médecin interne	57	39
Pédiatrie	50	58
Cardiologie	53	34
Psychiatrie	40	08
Réanimation médicale	12	10
Néphrologie	31	18
Maladies infectieuses	32	24
Néonatalogie	20	32
Réanimation chirurgicale	07	07
Hématologie	32	28
Centre d'Hémodialyse	/	26
Services Chirurgicaux	**217**	**183**
Chirurgie Générale (Viscérale)	57	49
Traumatologie	58	42
Neurochirurgie	32	38
Urologie	28	24
Chirurgie infantile (CCI)	42	30
Les Urgences	**38**	**59**
Le pavillon des urgences de médecine	12	11
Le pavillon des urgences de chirurgie	16	40
Le pavillon des urgences de pédiatrie	10	08

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de la Direction des Activités Médicales et Para-Médicales (DAMPM) du C.H.U.

L'unité bénéficie d'une capacité d'accueil de 526 lits. Les autres services médicaux sont, le service de médecine légale, le service d'épidémiologie et de médecine préventive et le SAMU.

Chaque service de chirurgie est doté d'un (01) bloc opératoire (cf. Tableau 43).

Tableau 43: Les Blocs Opératoires de l'unité Nedir en 2017

Services	Nombre de salles
Chirurgie viscérale	03
Traumatologie	04
Neuro-chirurgie	02
Urologie	03
Chirurgie infantile (CCI)	03
Blocs des urgences	05

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de la DAMPM du CHU.

Outre les services de soins, un certain nombre de services médico-techniques sont organisés par l'hôpital. Ce sont des services qui viennent en appui des autres spécialités ou des services très spécifiques où les patients ne séjournent pas réellement. Au rang des services médico-techniques, figurent les services d'imagerie médicale (cf. Tableau 44).

Tableau 44: Explorations Radiologiques de l'unité Nedir en 2017

Structures existantes	Consistance
Radiologie centrale	01 Scanner + Scanner 16 Coupes 03 App. Rx conventionnelles 01 Mamographe 01 Table basculante IRM
Radiologie des urgences	01 Echographe 01 Scanner 01 Echodopler

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de la Direction des Moyens et Matériels (DMM) du CHU.

Pour ce qui est de l'exploration Biologiques, Le nombre de structures existantes en 2017 est de 05 :

- Laboratoire de biochimie ;
- Laboratoire de microbiologie parasitologie ;
- Laboratoire d'anatomie pathologique ;
- Laboratoire d'hémobiologie ;
- Centre de transfusion sanguin.

Il existe plusieurs blocs Pédagogiques dont, un Amphithéâtre, une Bibliothèque, une Médiathèque (Internet) et une Salle de Réunion.

2.2. Unité Belloua

L'unité Belloua « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, d'une superficie de 62 500 m². Elle se constitue en quatre bâtiments (R+3) reliés par de grands couloirs englobant 10 spécialités et 465 employés (cf. Tableau 45).

Tableau 45: Les services d'hospitalisation de l'unité Belloua (nombre de lits en 2017)

Services	**Nombre de lits**	
	Techniques	**Réels**
Services Médicaux	**303**	**240**
Pneumo-phtisiologie	66	60
Rééducation fonctionnelle	47	47
Endocrino-diabétologie	62	44
Dermatologie	32	15
Rhumatologie	32	24
Neurologie	32	22
Oncologie médicale	32	28
Services Chirurgicaux	**123**	**89**
Gynéco Obstétrique	36	32
Chirurgie thoracique et vasculaire	20	13
ORL	34	24
Ophtalmologie	33	20

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de la DAMPM du CHU.

L'unité bénéficie d'une capacité d'accueil de 329 lits. Chaque service de chirurgie est doté d'un (01) bloc opératoire (cf. Tableau 46).

Tableau 46: Les Blocs Opératoires de l'unité Belloua en 2017

Services	**Nombre de salles**
Gynéco Obstétrique	03
Chirurgie thoracique et vasculaire	02
ORL	03
Ophtalmologie	03

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de la direction des moyens et matériels du CHU.

L'activité de ces différents services s'articule autour d'un plateau technique performant. L'exploration Biologiques, est réalisée par :

- Le laboratoire de biochimie ;
- Laboratoire Microbiologie.

En 2017, le nombre de patients ayant été admis au CHU et de 21172. Le laboratoire d'analyses médicales a réalisé 1 351 462[3] examens médicaux qui ont coûté trente-cinq milliards de centimes. Le laboratoire de microbiologie du CHU a réalisé 4 650 tests sérologiques durant la période allant de janvier à septembre 2017 dont 63,30% sur des patients hospitalisés[4].

L'acquisition des équipements médicaux qui a coûté cent vingt milliards de centimes[5]a permis une réelle prise en charge médicale des patients dans toutes les spécialités[6]. Au 1er Semestre 2017, le nombre d'actes opératoires est de 3532 actes et pour la même période, l'activité de l'exploration fonctionnelle est comme suit :

- IRM = 1981
- Scanner = 6781
- Radiographie = 95504

[3] DAMPM

[4] Deux cas de malades atteints de Sida ont été diagnostiqués de janvier à novembre 2017 au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou contre sept cas en 2016.

[5] CHU DE Tizi-Ouzou, service finance.

[6] Le service urologie a bénéficié d'un matériel médical de dernière génération dont la valeur d'achat est de cinquante-quatre millions de dinars. Il y a eu 16 transplantations rénales en 2016, et 11 au premier semestre 2017.

- Fibroscopie = 919
- Rectoscopie = 181
- Coloscopie = 113

2.3. Les ressources humaines et financières

Le CHU de Tizi-Ouzou est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cette démarche est désormais intégrée dans les pratiques quotidiennes de tous les professionnels.

2.3.1. Les ressources humaines

Au 31 Décembre 2017, les ressources humaines du CHU sont répartis comme suit[7] :

➢ Personnel médical 1132 dont : 13 Professeurs ; 101 Maitres Assistants ; 238 Assistants ; 128 Médecins Généralistes ; 22 Maitres de Conférences A ; 05 Maitres de Conférences B ; 625 Résidents.

➢ Personnel paramédical 1087 dont : 23 Infirmiers Brevetés ; 48 Infirmiers Diplômés d'Etat ; 213 Infirmiers de santé publique ; 215 Infirmiers Spécialisés ; 310 aides-soignants ; 27 Assistants Médicaux ; 01 Assistante Sociale ; 51 Manipulateurs en Imagerie Médicale ; 46 Auxiliaires Médicales en Anesthésie Réanimation ; 09 Psychologues orthophonistes ; 22 Psychologues cliniciens ; 25 Kinésithérapeutes ; 03 Prothésistes dentaire ; 73 Laborantins ; 05 Orthoptistes ; 01 Diététicienne de santé publique ; 04 Psychomotriciennes ; 08 Préparateurs en pharmacie ; 01 Hygiéniste spécialisé ; 02 Appareilleurs.

➢ Personnel technique et administratif 532

➢ Personnel contractuel (CDI) de 08h et 05h avec : 100 Ouvriers Professionnels niveau I ; 12 Ouvriers Professionnels niveau II ; 03 Ouvriers Professionnels niveau III ; 247 Agents de service niveau I ; 31 Conducteurs niveau I ; 03 Conducteurs niveau II ; 38 Agents de prévention niveau I ; 01 Agents de prévention niveau II ; 10 Gardiens ; 273 Ouvriers Professionnels niveau I de 05h

145 personnes ont fait valoir leur droit à la retraite durant l'année 2017. La population (usagers) présente une insatisfaction croissante et un manque de confiance envers le CHU causé par :

- Le manque d'effectif et l'absentéisme important ;
- La fuite des spécialistes vers le privé ;
- La prédominance de l'aspect social sur la logique économique pour les emplois ;

[7] CHU de Tizi-Ouzou, la direction des ressources humaines.

- Une absence totale de mobilité interne du personnel notamment paramédical.

La stratégie contractuelle va permettre au CHU d'actualiser le mouvement du personnel et d'augmenter la production des ressources humaines ayant les qualifications requises pour un meilleur fonctionnement des services de santé.

2.3.2. Les ressources financières

Pour son fonctionnement, le CHU a reçu un budget total de 5 637 464 000 DA en 2016 et de 5 725 360 000 DA en 2017 préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (cf. Tableau 47).

Tableau 47: Dépenses budgétaires par titre au CHU Nedir Mohamed en 2016 et en 2017 (en DA)

Dépense	**2016**	**2017**
Dépenses du personnel	3 234 174 000	3 485 000 000
Dépenses de formation	3 3000 000	3 300 000
Alimentation	130 000 000	120 000 000
Médicaments et autre produits à usage médical	1 600 000 000	1 540 000 000
Dépenses d'actions spécifiques de prévention	17 000 000	2 500 000
Matériel et outillages médicaux	270 000 000	250 000 000
Entretien des infrastructures sanitaires	125 000 000	107 500 000
Autres dépenses de fonctionnement	167 290 000	156 060 000
Œuvres sociales	61 000 000	61 000 000
Dépenses de recherche médicale	/	/
Total	**5 637 464 000**	**5 725 360 000**

Source: Construit par nos soins à partir des données de la direction des finances du C.H.U.

Les rubriques des dépenses de personnel et de médicaments représentent plus de 80% de la dotation budgétaire. Nous constatons que l'essentiel du budget est consommé par les frais de personnel et que les montants n'ont pratiquement pas changé.

Les recettes du CHU se composent de trois modalités qui sont, la participation de l'Etat, la participation de la sécurité sociale et les ressources propre de l'établissement (cf. Tableau 48).

Tableau 48: Les modalités de financement du CHU Nedir Mohamed (2009-2017) (en DA)

Année	Participation Etat	Participation CNAS	Recettes provenant de l'activité de l'établissement	Reliquat sur exercice antérieur
2009	2 433 000 000	10 000 000	/	499 995
2010	3 120 860 000	10 000 000	/	1 499 994
2011	5 783 200 000	10 000 000	/	30 000 000
2012	4 262 700 000	10 000 000	/	750 000 000
2013	3 562 000 000	/	11 500 000	1 500 000
2014	4 941 200 000	1 000 000 000	13 000 000	180 000 000
2015	3 956 850 000	1 800 000 000	13 000 000	377 854 000
2016	3 824 464 000	1 800 000 000	13 000 000	/
2017	3 262 360 000	2 400 000 000	13 000 000	50 000 000

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de la direction des finances du C.H.U

La participation de l'Etat et annuelle est forfaitaire, elle est de 67,84% du total du financement en 2016 et de 56,98% en 2017, pour la sécurité sociale sa participation est réalisé à travers le forfait hôpital moyennant le remboursement de frais d'hospitalisation dispensés à leurs assurés et leurs ayants droit, par ailleurs cette participation est de l'ordre de 31,93% en 2016 et 41,92% en 2017. Cependant les ressources propres du CHU reste faible par rapport au totale des recettes, d'où une participation qui ne dépasse pas 0,23% pour les deux années et un reliquat sur exercice antérieur de 0,87% en 2017.

Le budget est fixé par le ministère de la santé sur la base des mécanismes autre que la productivité et l'activité réelle de l'hôpital. Il y a donc une prédominance de logique de ressources sur la logique de résultats car les inefficacités productives ne sont pas prises en considération.

Cette réforme permet un ralentissement réel des dépenses hospitalières. Mais elle fige, reproduit et même augmente d'année en année les inégalités entre établissements,

départements et régions. Ainsi ce qui est gagné en termes de maîtrise des dépenses est perdu au regard de l'allocation optimale et transparente des moyens budgétaires. La dotation globale fait de l'hôpital une « boite noire » et favorise de fait l'inactivité, pénalisant même les hôpitaux qui ont fait des économies par souci de productivité[8].

La mise en place de la politique de contractualisation va permettre de modifier les mécanismes d'allocation de ressources en appliquant la logique de financement des activités sur celle des structures. Le principe de mettre la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé sur la base des relations contractuelles, exigent que soient préalablement réhabilité et rendu opérationnel le service d'admission et de facturation.

Section 2 : Importance du bureau des admissions dans le processus contractuel

Le bureau des admissions au niveau des hôpitaux joue un rôle essentiel. Il assure l'accueil et l'information. Il prend en charge la gestion du dossier administratif du malade, collabore à la gestion de l'état civil (naissances, décès), prépare les divers documents administratifs, donne des informations sur le mouvement de la population hospitalière et sur les statistiques sanitaires (nombres d'actes médicaux, journée moyenne d'hospitalisation, taux d'occupation des lits, taux de rotation...). Il constitue, en outre, l'indicateur principal des ressources financières de l'établissement hospitalier.

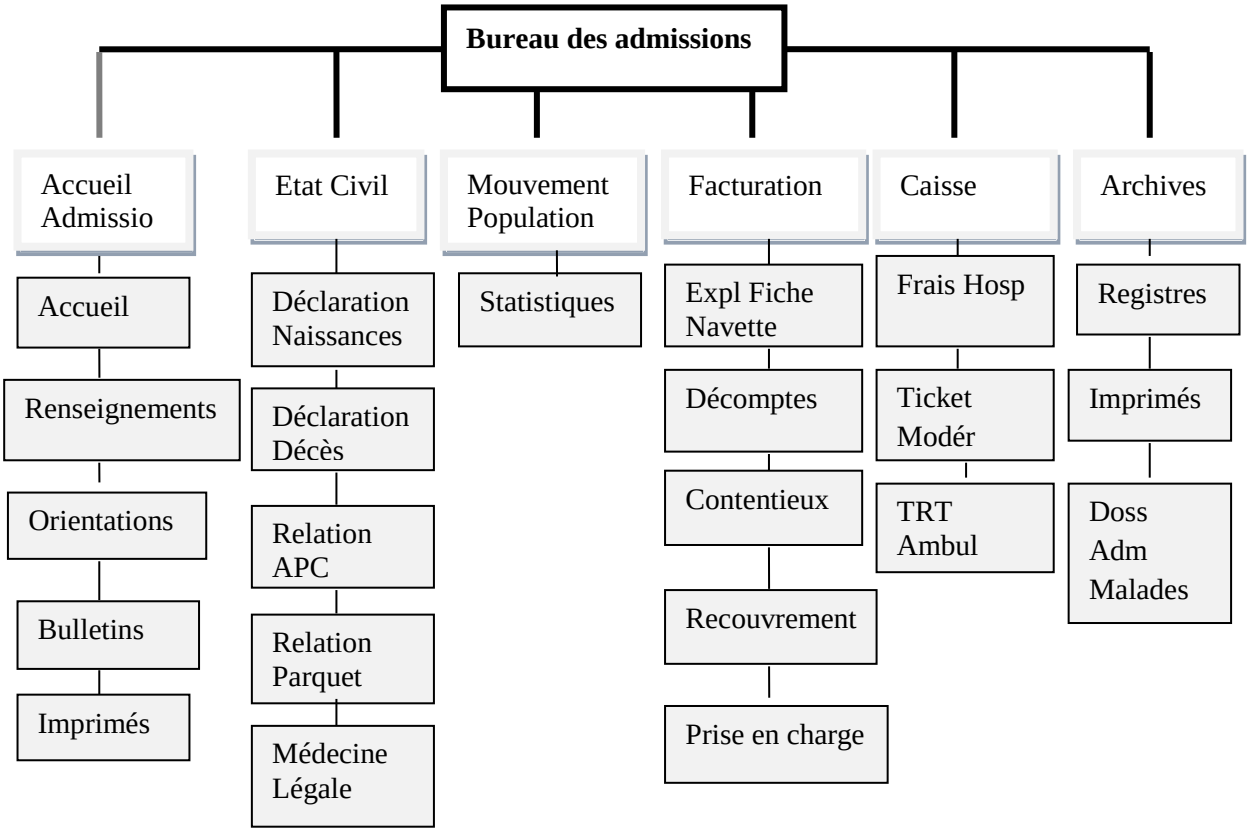
1. Organisation et fonctionnement du bureau des admissions

Le bureau des admissions a pour mission de prendre en charge administrativement le patient depuis son admission jusqu'à sa sortie de l'établissement.

Suite à l'Instruction 03/MSP/MIN 07 DEC 2000 relative à son organisation et son fonctionnement, le schéma général ci-après identifie la prise en charge des missions et champs d'attribution dévolue au bureau des entrées (cf. Schéma 21).

[8] MOLINIÉ E., « L'hôpital public en France : bilan et perspective », Rapport du conseil économique et social, Paris, La documentation française, 2005, p.17.

Schéma 21: Organisation du bureau des admissions



Source : Réalisé par nos soins d'après les données du MSPRH.

Nous allons expliquer en détail les différentes sections existantes au sein du bureau des admissions pour montrer son importance dans la mise en place de la contractualisation.

1.1. Section accueil et admission

Sont affectés à cette section dix (10) agents :

- quatre (04) agents la journée

- six (06) agents de 16h à 08 h du matin (trois équipes avec deux agents pour chaque équipe)

A l'admission du malade, les agents constituent un dossier administratif pour chaque malade (demande d'hospitalisation, bulletin d'admission, fiche navette). L'admission au niveau du CHU peut s'effectuer en mode normal (Sur Rendez-vous), en urgence, par évacuation ou sur réquisition.

La vérification de l'identité du patient est le point de départ de la chaîne de facturation. La présentation de la pièce d'identité et de la carte Chifa est fortement encouragée. Pour les patients en situation de précarité, le décret exécutif n°01-12 du 21 janvier 2001, a pour objet

de fixer les modalités d'accès aux soins en faveur des personnes démunies non assurées sociales[9].Les personnes bénéficient de l'accès aux soins dans les conditions prévues par le présent décret sont :

- les personnes non assurées sociales disposant d'un revenu égal ou inférieur à 50% du montant mensuel minimum de la pension de retraite prévu par les dispositions de la loi n°83-12 du 2 juillet 1983.

- les ayants-droit des personnes citées à l'alinéa ci-dessus au sens des dispositions de la loi n°83-11 du 02 juillet 1983.

- les personnes titulaires d'une carte attestant de leur qualité de démuni non assuré social, délivrée par les services de la direction de l'action sociale de la wilaya.

La carte des démunis est établie après dépôt par l'intéressé d'un dossier comportant les pièces suivantes[10] :

1/ une demande signée par l'intéressé ;

2/ une fiche familiale d'état civil pour les personnes mariées ;

3/ un extrait de naissance pour les personnes célibataires ;

4/ une attestation de non-imposition délivrée par les services des impôts ;

5/ une attestation de résidence ;

6/ une attestation de non affiliation à la CNAS ;

7/ une attestation de non affiliation à la CASNOS ;

8/ une attestation de non inscription au registre du commerce ;

9/ une déclaration sur l'honneur formalisée sur imprimé par le ministre du travail et de la protection sociale par laquelle l'intéressé déclare être en conformité avec les dispositions du présent décret.

Les listes des bénéficiaires des cartes de démunis sont révisées annuellement par les services compétents de la direction de l'action sociale de la wilaya[11].La dotation budgétaire destinée à la prise en charge des dépenses relatives aux soins prodigués aux démunis est inscrite au niveau du budget de fonctionnement du ministère du travail, de l'emploi et de la protection sociale.

Néanmoins, les formalités d'identification des patients ne doivent en aucun cas constituer un préalable à l'admission normale et diligente des malades, en particulier en

[9] En application des dispositions de l'article 88 alinéa, in fini de la loi n° 99-11 du 15 ramadhan 1420 correspondant au 23 décembre 1999.

[10] MSPRH, service contractualisation.

[11] En cas de rejet ou de non renouvellement de la carte, l'intéressé peut introduire dans un délai de quinze (15) jours un recours auprès du wali territorialement compétent qui se prononce dans les trente (30) jours qui suivent la date de la saisie.

situation d'urgence. Les agents ont aussi un rôle important dans le renseignement et l'orientation du patient et de sa famille.

1.2. Section état civil

Suite au décès du malade, les trois (03) agents affecté à cette section en collaboration avec le médecin ayant constaté le décès, délivrent les documents ci-dessous :

- Un certificat de Décès
- Une déclaration de décès
- Un certificat de non contagion

Ces documents seront remis aux parents du défunt afin de permettre le retrait :

- D'un permis d'inhume au niveau de la mairie de Tizi-Ouzou.
- Une autorisation de transport de corps au niveau de la wilaya.
- D'une attestation de mise en bière au niveau de la sûreté de la wilaya.

Pour Cause non naturelle, un certificat de constatation de décès est remis a l'un des parents du défunt. Le parent du malade se présentera au tribunal au procureur de la république le cas échéant :

Cas1: Délivrera d'emblée un permis d'inhume (Cas : d'un Accident de la circulation).

Cas2: Exigera une autopsie en désignant le médecin légiste qui la pratiquera. Une fois réalisée, le rapport d'autopsie sera remis à Monsieur le procureur de la république qui délivrera par la suite un permis d'inhumer.

1.3. Section mouvement des malades

Quatre (04) agents sont affectés à cette section, ils ont pour rôle de veiller au renseignement de l'ensemble des supports conçus et mise en œuvre pour le suivi du patient. Les agents mettent à jour le mouvement des patients de chaque service d'hospitalisation (rectification, transfert, décès, HDJ[12]) sur les registrent et au micro. Ils ont pour rôle aussi l'enregistrement de tous les billets de salles dans le registre matricule. Un agent de cette section est chargé d'établir les états statistiques sur :

- Le nombre d'entrants ;
- Le nombre de sortants ;
- Le nombre de journées d'hospitalisation ;
- Le nombre de décès ;
- Le taux d'occupation moyenne des lits (TOM) et le taux de rotation des lits (TRL) ;

[12] Hospitalisation de jour : entré et sorti du patient le même jour.

- La durée moyenne de séjours (DMS).

Une copie des états statistiques est envoyée au MSPRH, à la direction de la santé publique (DSP), au directeur général et à la direction des activités médicales et paramédicales (DAMPM).

1.4. Section exploitation, facturation et caisse

Les deux agents affectés à cette section ont pour tâche de codifier tous les actes de radiologie (R), de laboratoire (B), les actes paramédicaux (AMI) et les actes médicaux (K) pour tous les patients sortant et de les transcrire sur le registre fiche navette qui contient les rubriques suivantes : date, numéro d'ordre, matricule, qualité (assuré, non assuré), durée de séjours.

Un état statistique mensuel est réalisé :

1- Mise en œuvre de la contractualisation ;

2- Récapitulation générale de la fiche navette.

A la sortie du malade[13] la fiche navette est restituée aux bureaux des entrées pour la facturation du séjour.

Les agents affectés à cette section, ont pour rôle d'établir une facture basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation accompagnée d'un relevé des prestations de soins fournies (actes professionnels, examens complémentaires, médicaments, durée d'hospitalisation …). La facturation est toujours à sa phase expérimentale et le logiciel IDAS n'est pas exploité.

A sa sortie, le patient contribue au financement du CHU en réglant les frais de soins et de séjours prodigués, cette participation prend la forme de ticket modérateur. L'arrêté interministériel du 07 janvier 1995 fixe une contribution des patients aux frais :

• d'hôtellerie et de restauration en milieu hospitalier à 100 Da / jour.

• de consultation à raison de :

- 50 Da pour la médecine générale ;
- 100 Da pour la médecine spécialisée.

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré (du ménage) après le remboursement de l'Assurance Maladie.

1.5. Section archive

L'agent affecté à cette section est chargé de classer les dossiers administratifs des patients, d'établir les certificats de séjours et de porter les certificats de décès sur le registre décès.

[13] Elle est décidée Par le médecin traitant, et peut se faire tous les jours après 13h00. Pour les enfants mineurs, la présence du tuteur est obligatoire.

L'hospitalisation à domicile est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement.

Les domaines de la santé susceptibles d'être pris en charge dans ce type de structure sont de plus en plus ouverts : cancérologie, orthopédie, périnatalité, neurologie, gériatrie, cardiologie, psychiatrie, par exemple. Le patient hospitalisé peut faire ses soins à son domicile si le médecin traitant juge que l'état du malade n'exige pas un séjour à l'hôpital. Cette décision est prise après une enquête réalisée par l'assistante sociale, et après l'accord du patient et de sa famille. Le nombre de malade hospitalisé en HAD au 1er Semestre 2017 est de 52 malades (46 de Tizi-Ouzou et 06 de Draa Ben Khedda) (cf. Tableau 49).

Tableau 49: Bilan d'activité de l'unité Hospitalisation A Domicile (HAD) au CHU Nedir Mohamed

Année	Nombre de malades	Pathologie	Nombre par pathologie
2016	164	Pathologie cancéreuse	32
		Post opéré	18
		Pathologie cardio-vasculaire	41
		Pathologie infectieuse	73
2017	107	Pathologie cancéreuse	20
		Post opéré	05
		Pathologie cardio-vasculaire	28
		Pathologie infectieuse	54
2018	85	Pathologie cancéreuse	28
		Post opéré	03
		Pathologie cardio-vasculaire	20
		Pathologie infectieuse	34

Source : Réalisé par nos soins d'après les données du service Hospitalisation A Domicile.

L'hospitalisation à domicile est un projet ambitieux qui permet de favoriser encore plus la fluidité des hospitalisations, le service fonctionne avec une (01) équipe composé de 05

médecins généralistes, 02 infirmiers et 01 secrétaire médicale. Il est impératif de transmettre l'activité au bureau des admissions en exploitant la fiche navette.

Différent supports de gestion, nécessaires à l'évaluation des activités et des performances doivent être disponibles en permanence, et être renseignés avec le maximum de soins. On trouve au niveau des services et au niveau du bureau des admissions[14]:

1- Les imprimés: Demande d'hospitalisation ; Bulletin d'admission ; Fiche navette ; Fiche navette hospitalisation de jours ; Résumé clinique de sortie[15] ; Résumé Standard de sortie[16] ; Certificat de séjour ; Déclaration de naissance ; Certificat de non contagion ; Déclaration de décès ; Lettre au procureur de la république ; Bon pour lever du corps ; Etat journalier des effectifs par service ; Procès-verbal d'abandon ; Permis de retrait de mineur ; Mouvement de la population hospitalière par service et par mois ; Fiche d'évacuation ; Engagement à payer ; Décompte.

2- Les registres: Naissances ; Décès ; Répertoire (par ordre alphabétique) ; Journal ; Mouvement des malades ; Evacuation.

A travers l'exploitation des différents supports par les services, des indicateurs très simples et communs à tous les CHU ont été formés (cf. Tableau 50).

Tableau 50: Activités des services d'hospitalisation au 1er semestre 2017

Spécialité	Nombre d'admission	Nombre jour d'hospitalisation	Nombre de décès	Nombre de consultation	Acte opératoire	T.O.L	D.M.S	C.R.L
Médicale	8002	54388	264	70209	/	59,35	6,80	16,07
Chirurgicale	6121	28671	35	51042	6735	57,29	4,68	22,50
Urgences	7049	16794	370	47591	1628	154,70	2,38	119,47

Source : Réalisé par nos soins d'après les données de la DAMPM du CHU.

[14] Instruction 03/MSP/MIN du 07 Décembre 2000 relative à l'organisation et au fonctionnement du bureau des entrées relevant des C.H.U, E.H.S et secteurs sanitaires.

[15] Document à caractère médico-légal. Il répond au droit du malade d'être informé de son séjour en milieu hospitalier, de la nature de l'affection ayant entraîné son hospitalisation ainsi que les actes et indications thérapeutiques reçus.

[16] Document médico-administratif. Il renseignant sur la nature des pathologies prises en charge ainsi que la durée et le mode de sortie du patient.

L'usage de ces différents indicateurs est pratique (ANNEXE 5), le modèle est très simple et permet une étude comparative de deux services de même spécialité puisque les chiffres sont représentés par le même dénominateur. Cependant il ne suffit pas de présenter les données, il faut les analyser, expliquer, tirer des conclusions et formuler des recommandations.

La focalisation sur les recettes liées à la mise en place de la T2A génère une modification des tableaux de suivi de l'activité habituellement utilisés. La D.M.S, le T.O.L et le C.R.L sont des indicateurs de l'usage de la capacité physique. Désormais, le suivi de l'activité devra se réaliser à partir des GHS ; l'existence d'un système décisionnel est devenue un élément clé dans la capacité des établissements à accompagner les réformes et à maitriser leur équilibre financier. Le système d'information doit être construit à partir d'informations fiable et pertinentes, qui tiennent compte de l'environnement du CHU, de son état présent et de ses évolutions possibles. La qualité du système repose donc sur le processus de collecte et de traitement des informations, la réhabilitation du bureau des admissions est devenue une priorité.

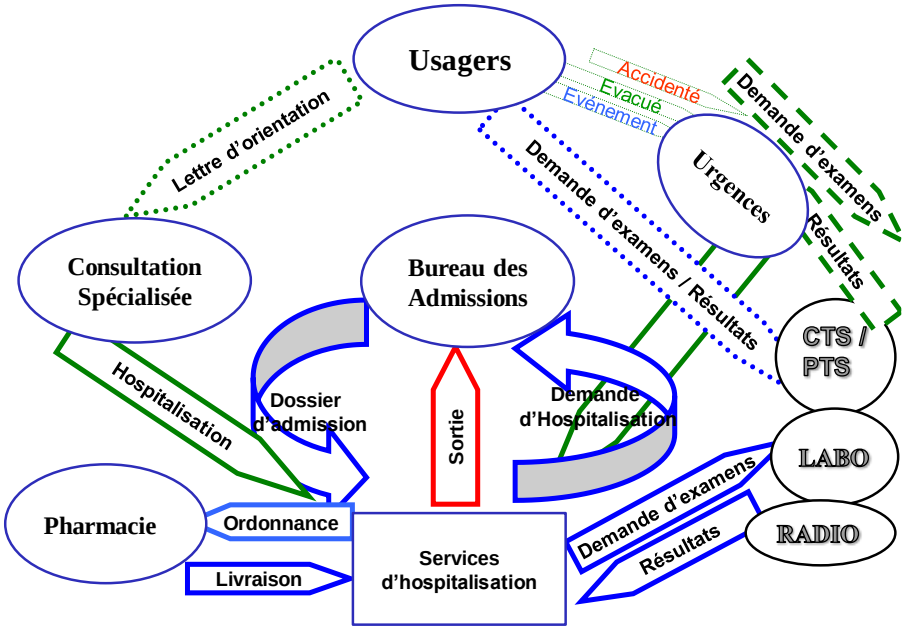
2. Réhabilitation du bureau des admissions (bureau des entrées)

Le recueil des données administratives ainsi que la qualité, l'exhaustivité et la rapidité des services producteurs de soins à transmettre l'information sur leurs activités sont nécessaires à la réalisation d'une facture de qualité [17](cf. Schéma 22). La mise en place d'un système d'information permet :

- Une Meilleure connaissance du statut social de la population admise dans les établissements hospitaliers.
- Évaluation des activités et des coûts en vue d'engager le processus de leur maîtrise et de l'adaptation du mode de financement.
- Appui à la planification sanitaire dans le sens d'une meilleure répartition des moyens humains, matériels et financiers.
- Orientation des actions de santé de base sur une connaissance plus précise de la morbidité et des causes de mortalité.
- Partage et utilisation commune des données avec les différents acteurs concernés.

[17] Le circuit de la prise en charge administrative doit garantir l'enregistrement en temps réel des éléments nécessaires à l'élaboration d'une facture et à sa transmission aux débiteurs (assurances maladies).

Schéma 22: Le circuit de l'information sanitaire



Source : CHU de Tizi-Ouzou, projet d'établissement atelier « informations sanitaires », 2012.

L'identification des personnes ressources par la mise en place d'un processus de responsabilisation des différents intervenants, est indispensable (personnel médical, paramédical et administratif). Pour cela, il faut :

• Sensibiliser le personnel quant à l'importance de la transcription des données médicales, paramédicales sur les registres et les fiches navettes.

• Affecter des secrétaires médicales dans chaque service médical d'hospitalisation et les urgences[18]

• Former le personnel médical, paramédical et administratif sur les modalités de transcription et de saisie des données sanitaires.

C'est dans ce contexte que l'organisation de la fonction « Information » est vitale pour la survie des établissements publics de santé.

La création d'un service d'information médico-hospitalière (SIM) pertinent, permettra la mise en place d'un cadre de communication (au sens du partage et de l'échange mutuellement profitable) cohérent et admis par tous les acteurs hospitaliers. Le recueil, le traitement et

[18] On retrouve des secrétaires de direction dans des services d'hospitalisation et des secrétaires médicales dans des services administratifs.

l'analyse des données, permettront de réduire les divergences entre l'administration et les producteurs de soins, en introduisant des données de production médicale[19].

Deux (02) médecins CIM-10 sont affectés au bureau des entrées et jouent un rôle primordial dans la mise en application de la contractualisation. Ils sont tenus de :

- veiller au bon renseignement de la Fiche navette
- renseigner le résumé standard de sortie selon la CIM-10 et introduire les informations dans le logiciel Patient établit par MSPRH.
- vérifier la durée de l'hospitalisation par rapport à la maladie

La CIM-10 correspond à la 10e révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Cette classification médicale sert à coder, entre autres, les différentes maladies, symptômes et causes définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La liste représente pas moins de 14 400 codes, et 16 000 si l'on intègre les sous-classifications facultatives[20].

Principal interlocuteur avec les médecins conseils des organismes de sécurité sociale, les médecins CIM-10 leur donnent l'accès aux renseignements pour contrôler la fiche navette. L'application « PATIENT » est chargée du suivi et de la gestion des malades hospitalisés dans le cadre des relations contractuelles entre le CHU et la CNAS.

2.1. Le logiciel « PATIENT»

Savoir exploiter le logiciel patient est décisive dans la mise en application de l'approche contractuelle. C'est pour cette raison que nous avons expliqué en détail sa dernière version (09.10).

Les objectifs visés par le programme sont[21] :

- Identification rigoureuse du statut social de la population.
- Evaluation des activités par service et par groupes de spécialités.
- Maîtrise des coûts.
- Mise en place d'un schéma organisationnel cohérent des ressources humaines, matérielles et financières.
- Mise en place d'un système de facturation et contractualisation.

Le Logiciel Patient nous permet d'atteindre largement ces objectifs en raison de la richesse de son noyau (Nomenclatures, …), ainsi que les informations et les documents qu'il

[19] CHOUGRANI S., MESLI M. F., BESSAOUD K., AHMED-FOUATIH Z., « Le centre d'information Médicale », Journal Algérien de Médecine, III, n°1, 1993, pp. 57-59.
[20] https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/.../cim10_2015_final_0.pdf
[21] MSPRH, Service contractualisation.

fournit. Les fichiers disponibles sont[22] : La nomenclature nationale des médicaments (DCI) ; La nomenclature des produits pharmaceutiques (spécialité) ; La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP2006) ; La classification internationale des maladies (CIM10) ; Les services d'hospitalisation ; Les spécialités ; Les catégories socio professionnelles ; Les groupes sanguins ; Les maladies chroniques ; Les maladies du programme national ; Les établissements de santé (structure) ; Les communes et wilayate (géographique) ; Les organismes de sécurité sociale ; Les modes d'entrées ; Les modes de sortie ; Les taux de remboursement ; Les paramètres de facturation ; Les institutions bancaires ; Les pays.

En vue d'en faciliter l'exploitation du logiciel et notamment la préparation des éléments de facturation des frais d'hospitalisation[23], le bureau des entrées dispose de[24] : 01 serveur ; 18 micros ; 06 lecteurs Chifa ; 07 token et de 20 imprimantes. Malheureusement, le logiciel patient présente plusieurs insuffisances[25] :

- ✓ Conçu sous le système d'exploitation DOS, ce programme présente des incompatibilités avec d'autres systèmes d'exploitation.

- ✓ Il s'agit d'un logiciel peu flexible, très peu paramétrable (importation de données, génèrent des anomalies…).

- ✓ le lien entre le programme patient et le programme de pharmacie n'existe pas ; d'où l'impossibilité de mettre à jour la nomenclature des médicaments et les nouveaux prix.

- ✓ Le dossier malade (médical) proprement dit n'a pas été pris en considération par le logiciel patient.

- ✓ Incompatibilité entre le système d'exploitation et le matériel actuel (Imprimante USB et autre…).

[22] CHU DE Tizi-Ouzou, Service informatique.
[23] A la sortie du patient, il faut vérifier et compléter les informations contenues dans le dossier médico-administratif qui constituent les éléments de base de la facturation ultérieure des frais d'hospitalisation.
[24] CHU de Tizi-Ouzou, service informatique.
[25] Idem.

Après vérification des fiches navettes, nous avons constaté qu'elles sont « vierge », ce genre d'observation est souvent rencontré, par négligence mais aussi par incompatibilité entre la NGAP et la nature de l'activité de certains services hospitaliers[26].

Pour cette raison l'implication de l'ensemble des praticiens et l'harmonisation des pratiques de codage par la formation représente une nécessité incontournable dans ce nouveau contexte[27].

C'est la qualité du codage de l'acte qui va déterminer les recettes du CHU c'est pourquoi, chaque producteur de soins doit transcrire le code de l'acte prodigué au patient sur la fiche navette car tout acte non codé entraînera une perte de rémunération et viendra se répercuter sur la trésorerie de l'hôpital et donc sur son financement.

2.2. Le mode de paiement des patients

Le groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation a décidé d'engager une première phase de mise en œuvre, par une simulation de facturation, basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation (PMJH) et le forfait par pathologie.

❖ Le prix moyen de la journée d'hospitalisation

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un coût moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes :

- Médicales : Cardiologie, Dermatologie, Diabétologie, Endocrinologie, Gastro-entérologie, Hématologie, Infectiologie, Médecine interne, Néphrologie, Pneumo-phtisiologie, Allergologie, Médecine nucléaire, Neurologie, Rééducation, Pédiatrie.
- Chirurgicales : Anesthésie-réanimation, Chirurgie générale, Chirurgie infantile, Chirurgie maxillo-faciale, Chirurgie thoracique, Chirurgie vasculaire, Ophtalmologie, ORL, Orthopédie-traumatologie, Neurochirurgie, Gynécologie-obstétrique, Urologie.
- Maternité : Maternité
- Psychiatriques : Psychiatrie, Pédopsychiatrie
- Spécialités coûteuses : Oncologie chirurgicale, Néonatologie, Oncologie médicale, Réanimation médicale, Radiothérapie, Chirurgie cardiaque, Greffe.

[26] CHOUGRANI Saada, Op-Cit.

[27] Pour plus de facilité et de rapidité les établissements hospitaliers en France ont mis en place la saisie à partir de code barre. Les codes sont scannés automatiquement à l'aide d'un appareil (la douchette) afin d'éviter les erreurs et les oublies car tout acte non enregistré engendre une perte financière donc une diminution des recettes.

Les prix ont été déterminés sur la base de l'opération «calcul des coûts » par la méthode des sections homogènes (ANNEXE 6), en application de la circulaire n° 15/MSP/MIN du 03 octobre 2001 pour la mise en place du calcul des coûts dans les établissements de santé[28].

Tableau 51: Le Prix Moyen de la Journée d'Hospitalisation (PMJH) par groupe de spécialités homogènes en 2017 (en DA)

G.S.H	CHU	EHS	Secteurs Sanitaires
Médicales	6.000.00	5.000.00	4.000.00
Chirurgicales	8.000.00	7.000.00	6.000.00
Maternité	7.000.00	7.000.00	7.000.00
Psychiatriques	2.000.00	2.500.00	2.000.00
Coûteuses	15. 000.00	15.000.00	11.000.00

Source : MSPRH, service contractualisation.

Cette méthodologie constitue la première étape d'une démarche globale tendant à :

✓ Améliorer la qualité des prestations de soins fournies aux patients dans les établissements publics de santé, dans le respect des prescriptions admises dans un cadre consensuel,

✓ Cibler de manière plus stricte les bénéficiaires du budget social de l'Etat, Connaître de façon de plus rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins (assurés sociaux et ayants droit, démunis non assurés sociaux, autres),

Elle a surtout pour objectif de mieux connaître la répartition des dépenses opérées au niveau des établissements de santé, par la détermination du coût moyen de la journée d'hospitalisation. D'autre part, la nécessaire évaluation périodique de ce mode de paiement devra permettre de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé la durée moyenne de séjour. Ce paramètre permettra aussi d'apprécier la performance des établissements de santé.

❖ **Le forfait par pathologie[29]**

Il s'agit d'une démarche dont la réalisation exige le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie.

[28] MSPRH, service contractualisation.
[29] Le forfait par pathologie est mis en application au cours du premier trimestre 2003.

Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtées par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

Dans le contexte actuel du fonctionnement du CHU et de la CNAS et en raison de l'insuffisance des données relatives à la connaissance des activités et des coûts par pathologie, le groupe interministériel estime que les deux (02) modes de financement et de paiement ne s'excluent pas. Ainsi, dans l'immédiat, est mis en œuvre « le prix moyen de la journée d'hospitalisation » tout en préparant les éléments nécessaires pour la recherche du « forfait par pathologie ». Les différentes évaluations permettront d'opter le moment venu pour le mode de financement et de paiement le plus Judicieux.

En attendant la mise en place d'un service « Hôpital-Clinique » qui sera chargé des formalités de délivrance des prises en charge au niveau de l'agence, le directeur concerné pour cette opération doit :

- ✓ Veiller à l'Installation d'une cellule CNAS composée d'un ou plusieurs médecins conseils et d'un agent des prestations au niveau du CHU. En relation avec l'administration de l'établissement, cette cellule est chargée de vérifier la qualité d'assuré social ou d'ayant droit du patient lors de son admission.
- ✓ Mettre à la disposition du personnel impliqués l'ensemble des supports et imprimés indispensables au bon déroulement du processus expérimental.
- ✓ Organiser de manière régulière des séances de coordination et d'évaluation avec les médecins conseils ainsi que le personnel des prestations et d'en rendre compte à la Direction Générale de la CNAS.

Pour toute production d'information, il existe deux types de problèmes : d'une part ceux liés aux différentes séquences du processus : extraction, synthèse, transcription et codage à partir du document primaire ; et d'autre part, ceux liés à l'organisation de la production de l'information. La qualité devient alors essentielle et incontournable[30].

L'introduction de recueil des activités médicales par la mise en place de nouveaux outils de gestion au CHU en adéquation avec les changements organisationnels a pour intérêt de lui offrir la possibilité de mieux connaître son activité hospitalière, d'améliorer la qualité des

[30] CHOUGRANI Saada, « La contractualisation et l'information : défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie », Revue Insaniyat n°6, Septembre-Décembre 1998, p143-161.

services et de prendre en compte la dimension économique dans les prestations de soins pour une gestion efficiente. Pour cela, il faut :

- Que le bureau des entrées soit opérationnel ;
- Un personnel formé à la codification et à la classification des actes médicaux ;
- Donner de l'importance au dossier médical et aux registres.
- Améliorer les mécanismes relationnels entre les services administratifs et les services médicaux.

Section 3 : Expérience de mise en œuvre du système de triple comptabilité au CHU Nedir Mohamed

Le projet national de mise en œuvre d'un système de gestion au sein des établissements hospitaliers, adopté par le conseil des ministres en Août 2009 a pour objectif de doter les établissements hospitaliers d'un ensemble d'instruments logiciels, de procédure de travail et d'une organisation susceptible de permettre leurs gestions en temps réel, basée sur la rigueur grâce à l'accès à des informations fiables. Le suivi strict du patrimoine humain est immobilisé (comptabilité générale), le contrôle budgétaire rigoureux (comptabilité budgétaire) et la connaissance des coûts des prestations (comptabilité analytique) sont les trois principaux objectifs assignés au projet.

Dans cette section nous allons exposer les différentes étapes de mise en place du système au CHU Nedir Mohamed et nous allons présenter des recommandations pour son bon fonctionnement et son adaptation réelle aux besoins de l'hôpital.

1. Présentation et missions du centre de calcul

Dans le cadre de la mise en place du système informatisé de comptabilité de gestion 3COH, le CHU de Tizi-Ouzou a été préparé en octobre 2010.

1.1. Présentation du centre de calcul

Le MSPRH a mis à la disposition du CHU des moyens humains et matériels nécessaire à la mise en exploitation du logiciel 3COH en réseau, et a l'aménagement du centre de calcul[31]:

- ✓ 01 Serveur HP PROLIANT avec 03 disques enfichables à chaud (1 pour le système, 1pour la sauvegarde, 1 pour la réplication de la base), une licence 2008 serveur.
- ✓ 02 imprimantes laser.
- ✓ 08 postes de travail au niveau du centre de calcul.

[31] Lettre n° 850 du 15 Juillet 2010 émanant du Ministère des Finances pour exécution

✓ 07 postes de travail au niveau de la pharmacie centrale pour l'informatisation du circuit du médicament, du réactif et des articles de pansements.

✓ 02 postes de travail au niveau de la Pharmacie instrumentation.

✓ 02 postes de travail au niveau de la direction des finances et contrôle.

✓ 02 postes de travail au niveau de la direction des moyens matériels (Magasin, Bureau Equipement).

Ces postes de travail permettent d'alimenter le système 3 COH à partir de transactions saisies par des usagers, sur la base de pièces justificatives.

Afin d'accompagner la mise en fonction de ce nouveau système, un comité de pilotage et un groupe de travail ont mis en place.

Le comité de pilotage est chargé du suivi, du contrôle, et de l'évaluation du système 3COH au sein de l'établissement. Il est composé du premier responsable de l'établissement et de tous les responsables technico-administratifs. Le groupe de travail quant à lui est composé de la responsable informatique (informaticienne), de la responsable du centre de calcul (informaticienne), de 11 pharmaciennes, de 03 techniciens supérieurs en informatique, de 02 techniciens supérieurs en comptabilité et de 02 attachés d'administration. Ils sont chargés du recueil, de la saisie, du contrôle et de la validation des données ainsi que de la maintenance de l'environnement réseau, de la sécurité et de la confidentialité des données tout en veillant à optimiser les performances des outils matériels et logiciels.

Le logiciel 3COH renferme un ensemble d'outils logiciels regroupés dans un module unique (« UMS » pour « utilitaires de maintenance du système ») qui vont faciliter le travail de maintenance. L'utilisation de certains de ces outils peut entraîner des changements irréversibles à la base de données. Il est donc vivement recommandé[32] :

a) de ne pas rendre accessible le logiciel UMS aux utilisateurs

b) de prendre toutes les mesures pour sécuriser la base de données, notamment par la prise de copies de sécurité au moins quotidiennes

c) de veiller au bon respect des procédures d'exploitation du logiciel, notamment celles relatives au contrôle systématique des données saisies et de la cohérence des résultats

d) de s'abstenir d'exécuter une fonction dont on ne maîtrise pas le fonctionnement ou de l'exécuter sur une copie de la base de données

e) de contacter PRÉSENCES international en cas de difficulté à résoudre les problèmes

[32] PRÉSENCES International SARL, « Système 3COH, Maintenance du système », p.5.

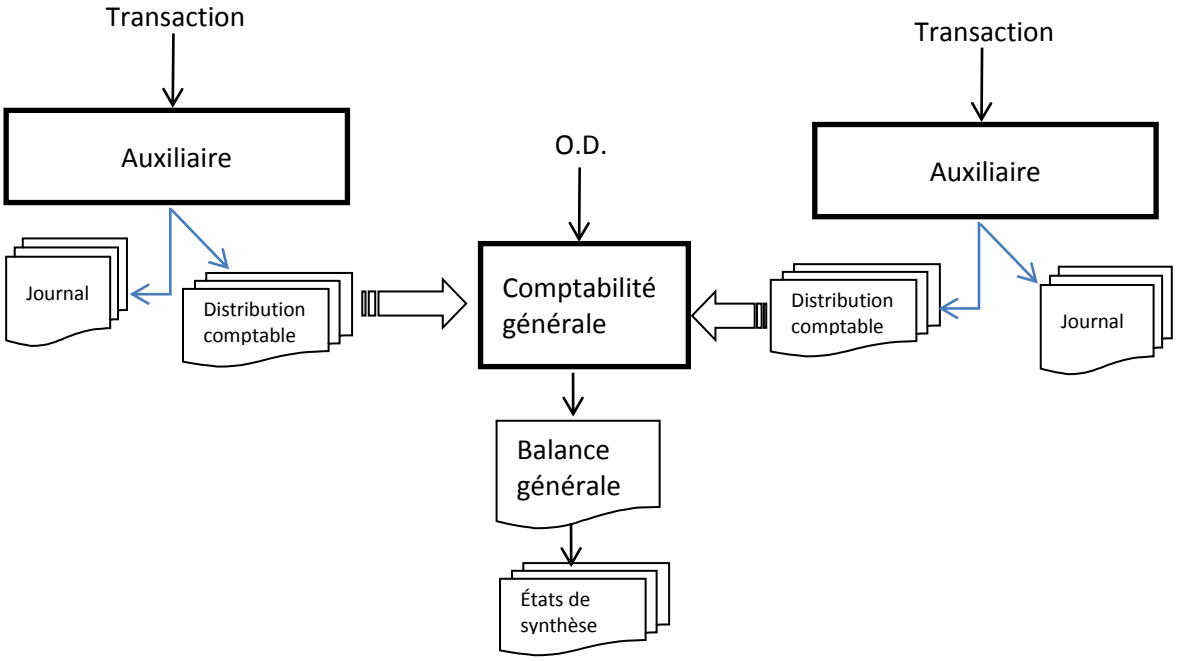
f) de consulter régulièrement le forum (www.3coh.net)[33]

g) de ne jamais manipuler les tables de la base de données de quelque façon que ce soit.

1.2. Les missions du centre de calcul

Il est confié aux personnels du centre de calcul d'enregistrer toutes les transactions effectuées à l'hôpital dans tous les services concernés par le système 3COH[34]. Ces transactions sont saisies généralement dans des modules auxiliaires où elles sont enregistrées dans des journaux spécialisés (journal des entrées en stock de médicaments, journal des factures d'achat de fournitures de bureau, journal des acquisitions de biens immobilisés, …). En général, ces transactions sont accompagnées de leur distribution comptable qui est leur traduction comptable en termes de débits et de crédits de comptes (cf. Schéma 23).

Schéma 23 : Exploitation du logiciel 3COH en réseau



Source : Réalisé par nos soins d'après les données du service informatique du CHU.

En fin de période (de mois), ces distributions comptables sont centralisées dans le journal général au moyen du processus de centralisation. Le service de la comptabilité est responsable de ce processus. Ce même service est tenu de saisir les O.D. (opérations diverses de

[33] La documentation 3COH étant constamment mise à jour, il est recommandé aux utilisateurs de consulter régulièrement le site et de télécharger les éventuelles mises à jour.

[34] Après la formation du personnel les transactions seront enregistrées en temps réel directement dans chaque service concerné.

corrections, écritures d'inventaire, de provisions, …) au moyen du module central de COMPTABILITÉ GÉNÉRALE. Pour cela il faut respecter plusieurs étapes.

1.2.1. La collecte des données

Durant cette phase, le centre de calcul s'occupe de collecter l'ensemble des transactions effectuées au sein de l'hôpital dans les différents services. Chaque transaction est saisie par un usager en définissant :

- Sa date d'enregistrement, c'est la date de saisie que propose le système ;
- Son numéro unique. En effet, deux transactions de même nature ont toujours deux numéros distincts ;
- Le numéro de la pièce justificative ;
- L'identification de l'utilisateur qui l'a enregistrée, et l'heure à laquelle cette saisie a été réalisée.

1.2.2. L'enregistrement des données

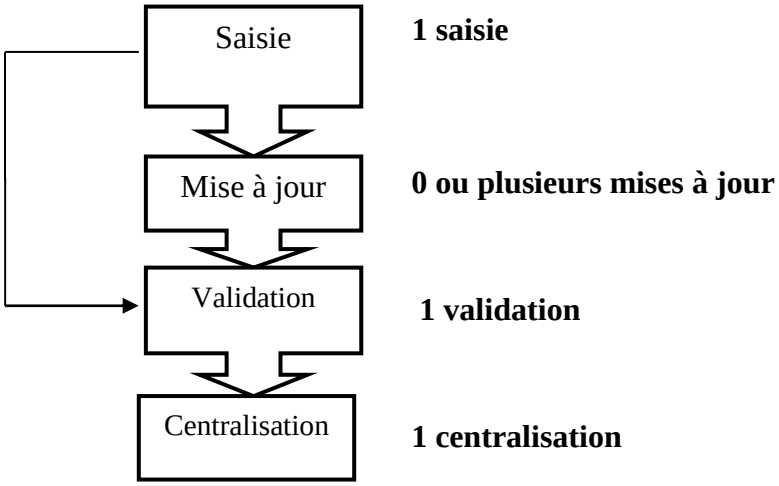
Pour enregistrer les données collectées dans les différents services quatre étapes doivent être respectées :

- La saisie : cette étape consiste à transformer une pièce justificative en une facture électronique dans le logiciel 3COH ;
- La mise à jour : le logiciel offre la possibilité de corriger (de mettre à jour) toute les transactions saisies[35] ;
- La validation : la validation d'une transaction est l'enregistrement de celle-ci définitivement dans le logiciel. Elle peut être importé vers l'étape de centralisation et ne peut plus être modifiée ;
- La centralisation : le processus de centralisation consiste à transférer le sommaire des transactions d'une période vers le module de la comptabilité générale, afin de permettre à ce dernier de produire les états de synthèse, notamment les états financiers.

Le schéma suivant nous permet d'illustrer les étapes suivies par une transaction dans le système 3COH.

[35] Une transaction validée ne peut pas être mise à jour.

Schéma 24: Les différentes étapes de la vie d'une transaction



Source : Réalisé par nos soins d'après les données du Guide de l'utilisateur, projet 3COH (2010).

Le rôle actuel du centre est d'enregistrer l'ensemble des transactions effectuées auparavant (année N-1), puis de comparer les résultats obtenus par le système 3COH et ceux obtenus par le service comptable et financier traditionnel. Dans cette première phase, il est confié aux personnels du centre de calcul d'enregistrer toutes les transactions effectuées au CHU dans tous les services concernés par le système 3COH, jusqu'au jour où les transactions seront enregistrées en temps réel directement dans chaque service concerné. À partir de là, les tâches du centre de calcul seront circonscrites ; il sera chargé d'assurer le bon fonctionnement du système, de centraliser les transactions et de produire les états financiers. Le directeur général du CHU aura accès directement à ces résultats à partir de son ordinateur.

Cependant le Système 3COH n'a pu être exploité dans toutes ses fonctionnalités pour les raisons suivantes[36]:

- Résistance aux changements de la part des utilisateurs, du fait de la mauvaise maitrise de certaines procédures comptables existantes dans le système 3COH (comptabilité réel) et la non disponibilité de l'information en temps réel (marchés, convention...).

- Exploitation d'un certain nombre de logiciels du MSPRH, réalisant les mêmes fonctionnalités que 3COH à savoir :

  - Gestion du produit pharmaceutique (Epipharm).
  - Gestion des équipements médicaux(GMAO).
  - Gestion de la ressource humaine (RH).

[36] CHU de Tizi-Ouzou, service informatique.

- Manque de personnel qualifié en matière de comptabilité analytique

A la demande du ministre de la santé et du ministre des finances, Un plan d'action pour la redynamisation du système de comptabilité de gestion informatisé a été adopté lors d'une réunion qui s'est tenu le 12 Septembre 2017 au sein du ministère des finances.

2. Redynamisation du Système 3COH en 2017

Le premier regroupement prévu dans le plan d'action, a pour objectif de rappeler[37] :

- La finalité du projet de mise en exploitation du système au sein des établissements hospitaliers ;
- Les choix techniques et l'organisation du système mis en place ;
- Les principales procédures qui doivent être respectées dans le cadre de l'exploitation du logiciel 3 COH.

- de définir

- Les mécanismes de communication entre les participants à cette phase de redynamisation ;
- Le rôle de chaque intervenant dans ce processus.

Au CHU de Tizi-Ouzou, les actions de redynamisation concernent :

1. Le renforcement de l'équipe de projet en impliquant tous les intervenants dans le système.
2. La mise en place d'un programme de travail qui a permis en quelques jours d'évaluer le retard par domaine d'activité et d'identifier les causes principales.
3. Le rappel à l'ordre de tous les intervenants
4. Le renforcement des équipes de travail par des compétences liées à chaque domaine d'activité (Economat, pharmacie, gestion des immobilisations,…)
5. Le contrôle de cohérence des données par l'équipe de projet et transmission régulière de la base de données à la société présences International
6. L'évaluation de l'état d'avancement du travail chaque fin de semaine en collaboration avec le comité de pilotage.

Le processus de redynamisation du projet 3 COH concerne, dans sa première phase, quatre (04) établissements désignés par le MSPRH et se déroulera pendant trois (03) mois,

[37] CHU de Tizi-Ouzou, service informatique, Compte rendu du regroupement n°1 à l'ENMAS sur la redynamisation du système de comptabilité de gestion informatisée, le 25-26 Septembre 2017.

soit du 12 Septembre au 18 Décembre 2017. L'opération de redynamisation au CHU Nedir Mohamed a provoqué une réelle adhésion de la part des utilisateurs, et la manifestation d'un intérêt grandissant quant à l'utilisation de l'outil 3COH.

Au terme de la période de redynamisation, le CHU aura[38] :

- Mis en exploitation l'ensemble des modules du logiciel 3 COH, sauf toutefois des modules de « paye » et de « dossier électronique du patient »,

- Mis en place le système de classement des pièces justificatives,

- Exploité effectivement les résultats produits par le système (suivi du patrimoine, gestion administrative, analyse des coûts des activités) en date du 31.10.2017.

Pendant cette période de redynamisation, le CHU a bénéficié de toutes les formes d'assistance requises de la part des deux ministères (MSPRH, Ministère des finances), du bureau d'étude chargé du projet (Présences International) et des experts formateurs affecté spécialement à cette opération.

2.1. Présentation du Tableau de Bord du Logiciel 3COH

Le tableau de bord permet de centraliser et exploiter des indicateurs pertinents. Les transactions sont prises en charge par des modules spécialisés, les rubriques principales (les familles) sont :

- Opérations : cette famille regroupe cinq modules, elle permet d'enregistrer et de porter toutes les factures de l'établissement hospitalier, d'avoir des informations sur l'état des stocks et les immobilisations de l'hôpital. Les modules disponibles dans cette famille sont : Achats, Gestion des stocks, gestion production, Consommation et immobilisations ;
- Tiers : c'est une famille qui présente quatre modules (services/redevables, fournisseurs, personnel, facturation). On retrouve toutes les informations sur les clients, le personnel et les fournisseurs de l'hôpital.
- Comptabilité : cette famille regroupe l'ensemble des comptabilités (Générale, Budgétaire, Analytique, Trésorerie). Des données sont importées dans les modules de la famille Opérations, ensuite des enregistrements comptables sont réalisés.
- Résultats : cette famille donne des informations sur l'état financier et le tableau de bord de l'établissement, après avoir traité les données de la famille comptabilité.
- Maintenance : elle a un seul module, celui des paramètres. Cette famille nous permet d'introduire toutes les informations nécessaires au lancement du logiciel.

[38] CHU de Tizi-Ouzou, service informatique, Compte rendu du regroupement n°1 à l'ENMAS sur la redynamisation du système de comptabilité de gestion informatisée, le lundi 25- mardi 26 Septembre 2017.

L'exploitation du système a permis de déterminer le coût de revient[39] des prestations réalisées par le CHU. Une analyse des coûts pertinente implique des bases de données relationnelles et donc une bonne maîtrise des systèmes d'information.

2.1.1. Les résultats en Matière de patrimoine immobilisé[40]

La comptabilité d'inventaire a permis à l'hôpital le suivi des immobilisations de tous les équipements et outillages qu'il possède. En outre, la comptabilité est assurée par la tenue des registres et des fiches d'inventaire qui permet de trouver la date d'acquisition du matériel, le prix d'achat, le mode et le taux d'amortissement et le fournisseur qui a livré ces équipements.

Les immobilisations du CHU ont été pour la plupart recensés par service et par unité et structuré en famille et sous famille sous forme de fichier valorisé. Le bilan comporte à son actif l'ensemble des valeurs immobilisées, c'est-à-dire, les immobilisations corporelles et les immobilisations incorporelles, affectés à l'établissement ou acquis par lui, non en vue d'être consommés dans l'année, transformés ou cédés, mais pour être conservés d'une manière durable en vue de l'accomplissement de ses missions. Le nombre d'immobilisations est de 21362 comptabilisées pour leur valeur toutes taxes comprises (TTC)[41] et leur montant s'élève à 4 011 697 447,08 DA (cf. Tableau 52).

L'amortissement des immobilisations est la constatation comptable d'un amoindrissement de la valeur d'un élément d'actif résultant de l'usage, du temps, du changement des techniques ou de toute autre cause dont les effets sont jugés irréversibles.

La valeur globale des amortissements est de 2 883 970 142, 98 DA. Elle a pour effet financier de permettre au CHU le renouvellement de ces immobilisations avant qu'ils ne soient obsolètes car elle permet de conserver dans l'actif une valeur égale à celle qui en a été soustraite pour mesurer la dépréciation (VNC), il permet donc d'éviter de considérer comme un revenu ce qui n'est qu'une diminution du capital.

[39] Le coût de revient d'un service est la somme de toutes les dépenses (ou des charges) nécessaires pour que ce service arrive au patient.

[40] Toutes les informations permettant l'exploitation du logiciel 3 COH ont été obtenues auprès de la Direction des Moyens et Matériels (DMM) du CHU.

[41] Les immobilisations entièrement amorties demeurent inscrites au bilan et donc à l'inventaire tant qu'elles subsistent et les immobilisations détruites ou hors d'usage sont sorties de l'actif pour leur valeur comptable (valeur d'acquisition moins amortissements).

Tableau 52: Les immobilisations recensées au CHU au 31/12/2017

Liste par famille | Graphe des valeurs par famille

No	Famille	Abréviation	Désignation	Nombre	Valeur Acquisition	Valeur Amortissement	Valeur Nette	%
1	01	LOG	Logiciels	10	3 064 400,00	1 565 233,20	1 499 166,80	0,13
2	02	AII	Autres immobilisations incorporelle	1	45 220,00		45 220,00	
3	20	IST	Installations techniques	57	253 362 259,83	140 719 326,56	112 642 933,27	9,99
4	21	MTM	Matériel médical	2849	2 903 059 842,51	1 960 491 912,11	942 567 930,40	83,58
5	23	AMM	Accessoires pour matériel médical	86	4 247 147,00	4 114 551,06	132 595,94	0,01
6	24	MOM	Mobilier médical	4635	436 540 915,05	404 673 669,34	31 867 245,71	2,83
7	26	ETM	équipement électroménager	337	16 901 889,14	11 932 721,72	4 969 167,42	0,44
8	40	MOB	Mobilier de bureau	9028	204 097 305,30	191 985 415,33	12 111 889,97	1,07
9	41	EQB	équipement de bureau	101	13 015 640,94	9 515 864,50	3 499 776,44	0,31
10	42	MTI	Matériel informatique	1688	42 397 049,68	39 462 517,42	2 934 532,26	0,26
11	43	MAC	Matériel audiovisuel et de communication	285	10 526 572,44	6 661 934,62	3 864 637,82	0,34
12	44	MOD	Mobilier Divers	1251	27 777 508,78	21 524 520,59	6 252 988,19	0,55
13	50	OUE	Outillage d'électricité	1	158 921,10	89 995,68	68 925,42	0,01
14	53	OUF	Outillage de froid	10	1 495 000,00	1 495 000,00		
15	54	OTE	Outillage d'entretien	132	4 266 467,75	2 751 451,80	1 515 015,95	0,13
16	55	OUS	Outillage de cuisine	28	5 348 174,90	4 262 929,71	1 085 245,19	0,10
17	56	OUV	Outillage Polyvalant	3	105 000,00	38 468,55	66 531,45	0,01
18	60	LIL	Lingerie et literie	831	8 010 546,30	7 708 044,43	302 501,87	0,03
19	80	MTA	Matériel automobile	29	77 277 586,36	74 976 586,36	2 301 000,00	0,20
				21362	4 011 697 447,08	2 883 970 142,98	1 127 727 304,10	

21362 | 4 011 697 447,08 | 2 883 970 142,98 | 1 127 727 304,10

EXCEL | Imprimer | Calculer | Quitter

Source : Logiciel 3 COH appliqué au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

2.1.2. Les résultats en matière de consommation par service

La comptabilité des stocks est tenue au niveau des différents magasins du CHU. Elle est réalisée pour des périodes étudiées mensuellement, trimestriellement et annuellement en utilisant des bordereaux d'entrées et des bordereaux de sorties. L'enregistrement des mouvements de sortie et d'entré de stock se fait dans des livres et des fiches de stock. La fiche de stock est le principal instrument de gestion.

Pour chaque article une fiche est établie et mise à jour régulièrement par un seul et même agent. Elle permet de :

- Identifier tous les mouvements d'entrées et de sorties de l'article ;
- Connaitre à tout moment le niveau théorique du stock ;
- Prévoir correctement les commandes et éviter les pénuries ;
- Calculer la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM)[42].

L'opération de redynamisation a permis l'exploitation de plusieurs modules du système 3COH à savoir, la gestion des consommations internes (pharmaceutique, alimentaire et autres). Le programme de triple comptabilité hospitalière a permis d'informatisé le processus de gestion des articles de pansements et l'informatisation de Certains magasins de stocks (automatisation des fiches de stock) (cf. Tableau 53).

Du 01/10/2017 au 31/10/2017 le montant des consommations globale au CHU est de :

- 115 644 330,50 DA pour les médicaments ;
- 6 096 787,10 DA pour les consommables (seringue, pansement, coton…);
- 56 021 200,11 DA pour les produits de laboratoire (ex. réactif) ;
- 4 078 857,73 DA pour les gazes médicaux (ex. oxygène) ;
- 13 757 043,69 DA pour l'instrumentation ;
- 8 038 394,79 DA pour les produits alimentaires;
- 865 494,15 DA pour les produits d'entretien;
- 580 419,86 DA pour la lingerie et la literie;
- 1 951 214,33 DA pour l'outillage de maintenance.
- 492 620,89 DA pour le petit outillage.
- 1 533 978,84 DA pour les fournitures de bureau.

[42] CMM= (Somme des sorties) / (Nombre de mois) ou CMM = (Stock début de mois) - (stock fin de mois).

Tableau 53: La consommation interne des services du 01/10/2017 au 31/10/2017

Consommations par service

Période du 01/10/2017 au 31/10/2017 — Plage des services du service au service zzzzzz

Tableau des consommations | Consommations par famille | Consommations par service

Ligne	Code	Service	NBRE	10	11	12	14	17	19	20	21	22	29	30	40
				rable spécifique	Médicaments	Consommables	ts de laboratoire	et gaz médicaux	Instrumentation	uits alimentaires	duits d'entretien	Lingerie et literie	ge maintenance	Petit outillage	ftures de bureau
20	SVM012	NEUROCHIRURGIE	451	52 785,74	897 318,59	233 561,17	8 286,33		646 835,38		22 988,61		20 498,70	2 011,50	14 180,17
21	SVM013	CHIRURGIE PEDIATRIQUE	468	87 909,18	438 145,56	173 952,09	11 390,80		847 576,37		11 977,99	22 464,00	16 484,39	27,50	17 032,61
22	SVM014	SERVICE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE M	22		1 298,00	3 270,70			174,98		2 255,30				4 565,66
23	SVM015	HEMATOLOGIE	741	15 664,32	26 788 283,80	157 328,94	234 355,58		1 367 374,75		22 838,56	495 756,00		11 896,08	76 720,85
24	SVM016	CHIRURGIE UROLOGIE	384	3 450,16	435 525,92	401 606,83	25 008,08		482 137,83		16 074,81	1 853,00	8 263,90	3 153,55	21 131,29
25	SVM017	NEPHROLOGIE	439	13 109 822,27	2 415 518,67	220 184,33	13 976,78		466 335,83		36 609,46			3 425,37	6 246,12
26	SVM018	REANIMATION CHIRURGICALE	352	143 168,74	1 813 232,48	135 523,80	5 380,60		324 098,75		11 285,10		41 594,33	13 747,71	18 819,19
27	SVM019	REANIMATION POLYVALENTE ET TI	259		1 007 369,34	125 224,99	4 422,60		92 670,00		17 146,71		36 757,79		5 327,69
28	SVM020	MALADIES INFECTIEUSES	266	11 300,04	1 145 864,29	125 938,07	57 024,70		160 411,84		10 231,89	4 212,00	16 527,78	1 279,24	9 845,98
29	SVM024	CHIRURGIE ORTHOPEDIE TRAUMATO	462	1 896 056,66	917 766,46	358 212,79	2 125,70		776 755,10		21 845,09		141 645,45	1 444,83	14 141,61
30	SVM025	PEDIATRIE	1483	36 796,70	11 335 572,21	559 612,90	94 039,43		1 112 373,57		92 629,37		47 375,63	12 850,14	128 095,98
31	SVM026	RADIOLOGIE	76	3 322,15	928 332,18	13 417,51	859,10		26 421,39					14 849,24	62 887,00
32	SVM030	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE	298			43 781,59	2 709 055,60		67 805,08		21 842,64			2 686,94	8 233,03
33	SVM031	HEMOBIOLOGIE	131			26 744,53	2 010 267,50		26 451,32					1 100,00	48 708,40
34	SVM032	CENTRE DE TRANSFUSION SANGIM	151	429,27	610 886,26	64 484,10	1 788 337,59		25 116,36		16 719,66			2 425,39	22 341,04
35	SVM033	ANATOMIE PATHOLOGIE	291			25 480,44	42 512 540,27		43 995,30		5 103,66			12 376,00	8 132,45
36	SVM034	BIOCHIMIE	72		1 582,40	39 017,04	1 465 739,12		26 041,96		10 776,31		871 816,41	1 270,96	28 732,43
37	SVM036	CYTOLOGIE (LABORATOIRE EXLOP	38			14 188,10			4 760,00		3 833,49				3 400,55
38	SVM042	CLINIQUE DENTAIRE	158		54 602,61	132 984,61			277 275,78		11 367,65			582,30	8 370,89
39	SVM043	SAMU	38		8 238,36	5 965,66			5 655,08		2 590,62	4 446,00	8 263,89		3 687,14
40	SVM044	CONSULTATIONS SPECIALISEES	114	1 951,56	1 769,10	165 092,36	49 575,50		56 242,35		13 765,86			561,60	37 490,31
41	SVM045	MALADE CHRONIQUE HOSP CHU	160		12 575 961,60										
42	SVM046	CENTRE DE RECHERCHE ET TT DES	113	136,50	17 323,74	77 642,79	2 317,50		49 550,74		6 764,97	40 238,86		2 856,00	9 385,99
			11745	18 336 661,18	115 644 338,53	6 096 787,10	56 021 200,11	4 078 857,73	13 757 034,69	8 038 384,79	865 484,15	580 419,86	1 951 214,33	492 620,89	1 533 978,64

Afficher | Quitter

Source : Logiciel 3 COH appliqué au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Les médicaments sont à 95% des génériques, ils sont fournis aux patients par la pharmacie de l'hôpital. Les coûts de l'oxygène et de la maintenance ont été fournis par le service de biomaintenance qui charge la consommation d'oxygène au niveau de l'hôpital et la réparation/maintenance du matériel.

Ces résultats analytiques vont permettre aux dirigeants d'avoir une meilleure maîtrise des dépenses du CHU et éviter les pénuries que rencontrent habituellement les hôpitaux algériens.

2.1.3. Les résultats en matière d'Activités hospitalières

L'activité du CHU en valeur du 01/10/2017 au 31/10/2017 est de 443 744 227,80 DA. Étant donné que le logiciel 3 COH n'est qu'à sa phase expérimentale, les résultats sont obtenues grâce à l'utilisation et l'exploitation du logiciel de gestion des produits pharmaceutiques « EPIPHARM » car il renferme toutes les fonctionnalités de gestion, d'approvisionnement et de distribution et permet un suivi exhaustif des entrées, des sorties, des dispensations nominatives, ainsi que les bilans périodiques des consommations par produit et par service. De plus, ce logiciel est interfacé avec l'application « PATIENT » chargée du suivi et de la gestion des malades hospitalisés dans le cadre des relations contractuelles entre le CHU et la CNAS[43].

Il s'agit d'imputer le coût des centres principaux au coût des produits. Cela se fait grâce à l'utilisation de l'unité d'œuvre (UO) (cf. Tableau 54).

Par facilité, les unités d'œuvre retenues sont le plus souvent centrer autour des volumes produits, puisqu'ils sont plus ou moins proportionnels aux quantités produites, comme si la consommation de ressources était uniquement liée à la taille de la production de services dans un rapport de causalité. Connaissant le coût total du service d'hospitalisation, ainsi que le nombre total d'unités d'œuvre produites, on peut déterminer le coût d'une UO par le rapport :

$$Coût\ de\ l'unité\ d'œuvre = \frac{coût\ total\ du\ service}{Nombre\ d'unité\ d'oeuvre\ produites}$$

La valorisation du nombre d'unité d'œuvre consommée par chaque acte est réalisée par la formule suivante :

$$Nombre\ d'unitéd'oeuvre = Nombre\ d'acte\ \times Cotation$$

[43] CHU de Tizi-Ouzou, service informatique.

Tableau 54 : L'activité du CHU du 01/10/2017 au 31/10/2017

Résultats analytiques

Période: Exercice 2017 | octobre | du 01/10/2017 au 31/10/2017

Plage des sections: de | à zz zzzzzzzz

Section	U.O.	Production	Valeur	Cout U.O.
CHIRURGIE GENERALE	K	16647	10 115 986,05	607,67
CHIRURGIE INFANTILE	K	629	7 479 957,14	11891,82
GYNECOLOGIE	K	1020	5 220 064,29	5117,71
NEURO CHIRURGIE	K	754	8 785 399,28	11651,72
OPHTALMOLOGIE	K	913	4 894 682,68	5361,1
ORL	K	960	6 483 697,53	6753,85
TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE	K	697	11 784 467,62	16907,41
UROLOGIE	K	5541	7 032 935,67	1269,25
CHIRURGIE THORACIQUE	K	620	3 204 233,61	5168,12
ANESTHESIE REANIMATION	JH	0	11 598 866,22	0
CARDIOLOGIE	JH	855	9 949 778,75	11637,17
DERMATOLOGIE	JH	349	2 195 692,34	6291,38
DIABETOLOGIE	JH	805	2 627 252,18	3263,67
GASTRO-ENTEROLOGIE	JH	336	2 075 430,55	6176,88
HEMATOLOGIE	JH	461	46 796 453,80	101510,75
INFECTIEUX	JH	687	5 878 718,72	8557,09
MEDECINE INTERNE	JH	979	25 218 841,81	25759,8
NEONATOLOGIE	JH	770	5 538 903,59	7193,38
NEPHROLOGIE	JH	655	5 766 499,66	8803,82
NEUROLOGIE	JH	731	3 279 783,26	4486,71
ONCOLOGIE	JH	1495	53 945 134,90	36083,7
PEDIATERIE	JH	3467	101 072 194,66	29152,64
PNEUMOLOGIE	JH	1634	4 998 856,70	3059,28
PSYCHIATRIE JH	JH	186	3 139 194,02	16877,39
REANIMATION MEDICALE	JH	151	5 035 212,44	33345,78
RHUMATOLOGIE	JH	812	2 195 022,35	2703,23
PU MEDECINE	P	2697	20 327 551,68	7537,1
CONSULTATIONS EXTERNES	C	0	3 781 017,68	0
MEDECINE DE TRAVAIL	C	0	1 929 149,59	0
MEDECINE LEGALE	C	0	1 101 629,05	0
			443 744 227,80	

Acte	Désignation	Cotation	Nombre d'UO	nbre d'actes	Coût acte
7011010001	LOBOISTHEMECTOMIE DROITE	80	320	4	48 613,60
7011010002	LOBOISTHEMECTOMIE GAUCHE	80	240	3	48 613,60
7011010003	THYROIDECTOMIE TOTALE	171	1197	7	103 911,57
7011010004	GOITRE	121	1573	13	73 528,07
7011020001	CHOLECYSTECTOMIE S/ COELIO	121	968	8	73 528,07
7011020002	CHOLECYSTECTOMIE SIMPLE	121	847	7	73 528,07
7011020004	CHOLECYSTECTOMIE + DRAIN TRANS CYSTIC	121	242	2	73 528,07
7011090003	JEJUNOSTOMIE	195	195	1	118 495,65
7011100006	PANCREAS	100	200	2	60 767,00
7011110003	FISTULE ANALE	51	204	4	30 991,17
7011110014	NEO DU RECTUM	100	400	4	60 767,00
7011130005	RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE INTESTIN	200	1000	5	121 534,00
7011150001	SPLENICTOMIE PARIELLE + ANOPLASTIE	361	722	2	219 368,87
7011170010	EVENTRATION H,O+LIGNE B,H,CRURALE	85	425	5	51 651,95
7011170014	EVENTRATION RECEDIVE	50	150	3	30 383,50
7011170015	CHOLECYSTITE(CHOLECYSTECTOMIE)	80	560	7	48 613,60
7011170017	GIST	300	300	1	182 301,00
7011170018	POLYPE VESICULAIRE	80	240	3	48 613,60
7018010014	K.C DU COLON	200	400	2	121 534,00
7018010015	K.C DU RECTUM	200	200	1	121 534,00
7018010024	L.V SOUS COELIOSCOPE	40	1000	25	24 306,80
7018010040	HERNIE OMBLICALE	80	240	3	48 613,60
7018010064	CHOLECYSTECTOMIE	80	560	7	48 613,60
7018010080	RETABLISSEMENT DE CONTINUITE D'UNE PLAI	200	1000	5	121 534,00
7018010104	SPLENEECTOMIE	100	200	2	60 767,00
7018010125	HERNIE INGUINALE	80	1360	17	48 613,60
7068010013	KYSTE HYDATHIQUE DU FOIE (KHF)	131	131	1	79 604,77
7068010014	LV	80	1440	18	48 613,60
7068010016	LVBP	120	240	2	72 920,40
7068010019	POLY KYSTOSE HRATIQUE	31	93	3	18 837,77

Sections: Principales (coûts complets) | Auxiliaires (charges directes)

Cumulatifs | Lister | Valider | Imprimer | Quitter

Source : Logiciel 3 COH appliqué au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Nous comprenons, dès lors, la fragilité du modèle des coûts complets qui peut aboutir à des conclusions erronées. Or, dans un contexte de concurrence accrue, la connaissance des coûts de manière fiable devient essentielle.

Dans cette approche, tout le personnel est concerné :

- Le directeur de l'établissement intéressé par les indicateurs de gestion et les tableaux de bord nécessaires au pilotage de son établissement;
- Le comptable soucieux de contrôler la cohérence et la fiabilité des données ;
- Le trésorier qui doit veiller au respect de la réglementation et des procédures ;
- L'informaticien qui doit assurer la sécurité et la confidentialité des données, tout en veillant à optimiser la performance des outils matériels et logiciels ;
- Le pharmacien qui désire connaître l'état des stocks et le contrôle des dates de péremption ;
- L'administrateur qui disposera d'éléments relatifs aux coûts des activités et donc à la prise de décision.

2.2. Les contraintes remarquées du système 3 COH

L'importance du système 3 COH réside dans la disponibilité des informations fiables à tout moment, C'est un outil d'aide à la prise de décision. Seulement plusieurs contraintes ont été remarquées :

- Lenteur de processus de clôture de l'exercice dans le système.
- Absence d'outils de correction après validation (rectification des erreurs de saisie à la source)
- Manque de personnel qualifié pour l'analyse

Pour cela il faut une :

1. Application d'un plan de formation et de mise à niveau élargie à toutes les directions économiques et financières, intervenant dans les processus de gestion.
2. Mise en place d'un réseau local élargie et normé au niveau de l'unité Nedir afin d'exploiter le logiciel au niveau de toutes les directions et permettre ainsi l'exploitation du tableau de bord par tous les décideurs.
3. Acquisition d'un pare-feu physique afin de sécuriser la base de données.
4. Interconnexion de l'unité Nedir et Belloua afin d'uniformiser la base de données au niveau d'un seul serveur qui sera hébergé à l'unité Nedir.

L'hôpital MEGHNEM LOUNES d'AZAZGA a adopté le système 3COH depuis le 1 janvier 2011, date de début du premier exercice comptable dans le système, soit:

- 6 exercices comptables.
- 3 contrats de maintenance avec le consultant Présences International depuis 2015.

Aujourd'hui, il exploite l'ensemble des modules du système 3COH à savoir :

- ✓ Gestion des stocks ; c'est principalement la pharmacie qui travaille avec ce système pour la gestion courante.
- ✓ Gestion des achats et relations fournisseurs.
- ✓ Budget (état des dettes, situation financière).
- ✓ Gestion des consommations internes (pharmaceutique, alimentaire et autres).
- ✓ Comptabilité analytique.
- ✓ Gestion des inventaires.
- ✓ Fichier du personnel (état des effectifs).
- ✓ Paye (Des constatations).
- ✓ Etat des naissances et décès par causes de décès ; l'état est complètement saisi dans le système.

Il y'a lieu de préciser que la production de résultats fiables reste tributaire de l'effort permanent du directeur de la santé et de la population (Le DSP) qui doit veiller à l'implication du directeur générale de l'établissement.

2.2.1. Les principales actions prévues au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Le directeur général est tenu d'assurer le suivi du système, des étapes relatives au traitement quotidien et mensuel des données au moyen du logiciel 3 COH, notamment :

- Le traitement des données analytiques,
- La centralisation des journaux,
- La production des résultats par chaque service,
- La production des résultats de l'établissement.

Le transfert des données lors de l'exploitation du système 3COH au niveau de la majorité des établissements n'ayant pas encore atteint le mode « temps réel », se fait sur une base hebdomadaire au lieu de mensuelle.

2.2.2. Les principales actions prévues au niveau de la DSP

L'analyse des données est réalisée par des formateurs qui ont été désigné dans le cadre de ce projet[44]. Les formateurs peuvent néanmoins accomplir leur mission d'analyse à partir de leur lieu de travail habituel puisqu'ils disposent de moyens logistiques nécessaires.

Dans un premier temps l'analyse était purement technique et elle consistait essentiellement à vérifier l'utilisation effective de tous les modules du système, à s'assurer de la cohérence technique des données saisies et à mesurer le niveau de maitrise du système par le personnel du CHU. Aujourd'hui, l'analyse porte sur le contenu des données et leur interprétation.

Le travail d'analyse des données aboutira à un rapport d'analyse qui sera transmis au DSP avant la fin du mois. Sur la base des informations reçues des analystes, le DSP agit notamment en :

- Déléguant un praticien-inspecteur auprès du CHU,
- Organisant des séances de travail avec le directeur général,
- Contactant une cellule centrale pour d'éventuels correctifs et/ou amélioration du logiciel,
- Planifiant des formations au profit des utilisateurs.

Actuellement le système 3COH est centré sur le côté économique et financier dans son exploitation, la phase suivante consiste en l'informatisation des processus métier, en intégrant le dossier électronique du malade, afin d'atteindre l'objectif principal d'un système d'information hospitalier informatisé qui consiste en, la maîtrise des coûts et la qualité des soins.

Conclusion

La Sécurité Sociale aura à gérer bien plus l'information que l'activité elle-même. La participation de la CNAS au budget de fonctionnement du CHU est portée au crédit du compte 70620 « Prestations de services hospitaliers aux organismes sociaux » :

- **A la notification budgétaire**

  Débit 4113 Client – CNAS

  Crédit 70620 « Prestations de services aux organismes sociaux »

- **A la réception des fonds**

  Débit 515 « Compte Trésor »

  Crédit 4113 « Client – CNAS »

[44] Le formateur peut être un informaticien, un expert en gestion des pharmacies, un expert en gestion hospitalière (tableau de bord et indicateurs de gestion) et un expert en comptabilité.

La CNAS devras donc se comporter en véritables conseillers pour aider les acteurs à intégrer leurs situations informationnelles dans le cadre de la stratégie de l'organisation à laquelle ils appartiennent. Les assureurs auront à se positionner en tant que managers ayant toute l'autorité à négocier des soins de qualité au profit de leurs cotisants, tout en recherchant à améliorer l'efficience du système de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, pour cela il faut améliorer :

- L'organisation et le fonctionnement du bureau des admissions ;
- La codification et la classification des actes médicaux par la formation du personnel ;
- La transcription sur la fiche navette des actes médicaux, paramédicaux et explorations fonctionnelles prodigués aux patients ;
- Les modes de coopération entre acteurs gestionnaires et acteurs du soin.
- La facturation « au fil de l'eau » ;
- La gestion des ressources humaines disponibles dans le secteur de la santé par le développement de la formation selon l'approche par compétences.

La résistance au changement est un mythe (réaction naturelle devant toute incertitude), c'est pour cette raison qu'il faut un suivi régulier et permanent de la part de la commission de contrôle et d'évaluation de la contractualisation.

CONCLUSION GENERALE

Aujourd'hui, un principe général gouvernera le financement des hôpitaux : « vous gagnerez ce que vous produisez et vous dépenserez ce que vous aurez gagné ».

Si l'Algérie a développé une politique de santé présentant des qualités incontestées, elle est aujourd'hui confrontée à un véritable défi consistant à assurer le difficile compromis entre la pression des contraintes économiques et les besoins croissants des patients. Les pouvoirs publics doivent abandonner l'idée que préserver la santé du citoyen n'est pas rentable et se décider à aligner le coût de la prestation médicale sur le coût de la vie. La refondation du système de santé se présente aujourd'hui comme un besoin insistant. Elle est devenue une priorité, une urgence, parce que la gratuité des soins apparaît en décalage avec les transformations incessantes de la réalité sociale algérienne, et est de plus en plus incapable de satisfaire un besoin médical qui s'est grandement accru en parallèle avec l'amélioration de la qualité de la vie et de l'accès à l'information.

Il est important, d'entreprendre des actions en vue d'améliorer la performance du système de santé. Pour cela il faut connaitre le rôle et la motivation des différents acteurs et les moyens disponibles. Etant donné les caractéristiques du marché des soins de santé et d'assurance santé, la notion d'efficience doit être adaptée au contexte d'analyse. Elle recouvre deux dimensions fortement imbriquées :

- l'efficience technique qui met en relation des inputs avec des outputs. Pour cela, il faut analyser la contribution du facteur travail (temps des professionnels de santé) et du facteur capital (équipement médical) dans la production de soins (output intermédiaire ou process) ;
- l'efficience économique qui met en relation l'amélioration de l'état de santé (l'output final) et les coûts.

Entre l'étatisation complète et la libéralisation intégrale, la contractualisation s'est imposée comme la solution la plus appropriée. Le nouvel état d'esprit issu de la T2A qui consiste à encadrer la maîtrise des dépenses hospitalières par la relation « équité-productivité » a remis au goût du jour des objectifs négligés jusqu'à présent, à savoir l'amélioration de la facturation et du recouvrement dans les établissements de santé. Si le processus a été négligé jusque-là car sa performance n'avait pas de conséquences sur les recettes de l'établissement, la T2A et la facturation directe à l'assurance maladie (facturation « au fil de l'eau »), commencent à provoquer, en revanche, une prise de conscience de l'importance de fiabiliser le processus de facturation, c'est ce qui confirme notre première hypothèse.

Toutefois, le développement, encore embryonnaire du système de la T2A provoque un retard dans la mise en application de la contractualisation comme nouveau mode de financement des hôpitaux publics en Algérie. Néanmoins, l'histoire des cycles de financement a permis de montrer que l'hôpital algérien devait se moderniser. Le développement d'outils de pilotage qualitatifs comme le contrôle de gestion ou encore une comptabilité analytique plus précise est indispensable. Pour l'hôpital c'est un moyen de comparer la qualité et les coûts de leurs activités en plus d'améliorer leur capacité de négocier avec le payeur et pour la CNAS, l'amélioration de l'information sur les coûts de revient des activités hospitalières leur permet de comparer la performance des établissements, la comprendre et l'influencer.

Si l'État ne soutient pas cette nouvelle vision, les actions entreprises sur le terrain risquent à tout moment d'être remises en cause et nous resterons sur le terrain de l'expérimentation. L'État doit agir en tant que régulateur des pratiques contractuelles au travers un accompagnement des relations contractuelles (définition d'un cadre légal, système d'information, contrôle, évaluation, formation, médiation), d'incitations notamment financières, d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques contractuelles.

Considérant qu'en Algérie réformer est une intention, rarement un acte achevé, la mise en application du processus de contractualisation peine à se réaliser, c'est ce qui vérifie notre deuxième hypothèse de travail.

Le contrôle de gestion est une dimension stratégique dans une perspective contractuelle. Il faut préciser notamment que dans beaucoup d'établissements hospitaliers le contrôle de gestion est de création récente et n'a pas eu encore le temps de trouver ses marques même si l'on constate une fonction contrôle de gestion solidement implantée, dotée d'outils sophistiqués et de personnel qualifié. Le nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) donne à l'hôpital les moyens de juger sa rentabilité (introduction de la notion de résultat) et sa solvabilité (capacité à générer de la trésorerie). Il permet aux usagers du système d'avoir l'ensemble des informations comptables et financières disponibles au sein de l'hôpital afin d'aider le gestionnaire à prendre des décisions. Son application au sein du CHU NEDIR Mohamed a permis la constatation comptable d'un amoindrissement de l'ensemble des valeurs immobilisées, et a permis d'informatiser le processus de gestion des articles de stocks (pharmaceutique, alimentaire et autres).

Néanmoins, le système 3COH appliqué dans les établissements publics de santé est centré sur le côté économique et financier dans son exploitation, la phase suivante consiste en

l'informatisation des processus métier, en intégrant le dossier électronique du malade, afin d'atteindre l'objectif principal d'un système d'information hospitalier informatisé qui consiste en, la maîtrise des coûts et la qualité des soins.

Certes, la mise en place d'un système de gestion à « triple » comptabilité au sein des établissements hospitaliers est un défi de taille, mais elle devient une nécessité pour la maîtrise des budgets, le suivi du patrimoine et la gestion des coûts. Ce qui nous mènera inéluctablement vers la mise en place efficiente du processus de contractualisation.

Pour pouvoir confirmer notre troisième et dernière hypothèse, il faut une connaissance approfondie de la circulation de l'information dans l'hôpital. D'ailleurs, c'est pour cette raison que la contractualisation n'avance pas depuis 2002. Le projet de contrat de fourniture de la version 2018 du logiciel 3 COH va permettre d'améliorer l'exploitation du système dans les hôpitaux. Cette version coûte la somme de Trois cent quatre-vingt-dix-sept mille deux cent vingt-six Dinars Algériens et soixante-seize centimes (397 226,76 DA) Toutes Taxes Comprises.

La contractualisation ne doit pas être considérée comme une solution à tous les problèmes d'organisation et de financement. Le chemin sera sans doute long avant que cet outil qui entraîne un changement profond du mode de fonctionnement des acteurs de la santé, puisse produire tous ses effets. A travers l'évaluation des expériences actuelles et futures, on disposera, de plus en plus, d'informations qui permettront d'apprécier la pertinence de cette stratégie qui représente le nouveau mode de financement des systèmes de santé.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1- Ouvrages

ARNAUD Hervé, GARMILIS Ali, VIGNON Veronique, « Le contrôle de gestion en action », Editions Liaisons, 2eme édition, 11/09/2001.

AUBY Jean-François, «La délégation du service public », Collection « que sais-je ? », Edition PUF, Paris, 1995.

CORFMAT Daniel, HELLUY Arnauld, BARON Philippe, « La mutation du contrôle de gestion », Edition d'Organisation, Paris, 2000.

BEJEAN Sophie, « Economie du système de santé, du marché à l'organisation », Edition Economica, Paris, 1994.

BERESNIAK Ariel, DURU Gérard, « les dépenses de santé », Economie de la santé, Edition Masson, N°5, Paris, 2001.

BOELEN Charles, PERROT Jean, « La médecine libérale et la contractualisation », Edition Karthala, 2005.

BOISVERT Hugues, « La Comptabilité par activités », Edition ERPI, 1998.

BONNET François, « Comptabilité générale pour la gestion : Les fondements », Tom1, Edition Economica, Novembre 1992.

BONNICI Bernard, « La politique de santé en France », PUF, 1997, 2ème édition corrigée, 1ère édition, 1993.

BOUQUIN Henri, « La comptabilité de gestion », Collection que sais-je ?, 1ère Edition PUF, 1997.

BOUQUIN Henri, « Comptabilité de gestion », Edition Economica, 2000.

BOYER Robert, « Quel modèle d'Etat-providence ? », L'Apport des sciences Sociales, PUF, Janvier 2007.

BRAHAMIA Brahim, « Evolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est- Maghreb », Editions Bahaeddine, 2010.

BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier, « Traité d'économie et de gestion de la santé », Presses de sciences Po- Editions de santé, Paris, 2009.

DE POUPOURVILLE G, « La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité », Sciences sociales et santé, 1990, V III, 2.

GERVAIS Michel, « Contrôle de gestion », Edition Economica, 9ème édition, Paris, 2009.

GIRAUD Alexandra, « L'évolution des soins hospitalier », Edition Economica, Paris, 1992.

GREMY François, « Informatique médicale », Flammarion, Paris, 1987.

GRIFFITHS Stéphane, « Comptabilité générale », Vuibert, 4e édition, Mars 2004.

HONORÉ B., SAMSON G., « La démarche de projet dans les établissements de santé », Privat, France, 1994.

IMBERT Jean, « Les hôpitaux en France », PUF, 6ème édition mise à jour 1994, 1ère édition, 1958.

JACQUOT Thierry, MILKOFF Richard, « Comptabilité de gestion : Analyse et maîtrise des coûts », Pearson Education France, 2007.

LAMRI Larbi, « Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique », Edition OPU, Alger, 2004.

LE FAOU Anne Laurence, « L'économie de la santé en questions », Edition Ellipses, Paris, 2000.

LE FAOU Anne Laurence, « Les systèmes de santé en question, Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada », Edition Ellipses, Paris, 2003.

LORINO Philippe, « Le contrôle de gestion stratégique : La gestion par les activités », Edition Dunod, Paris, 1991.

MAILLET Catherine, LE MANH Anne, « Normes comptables internationales IAS/IFRS », Edition Berti, Alger, 2007.

MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, « La Protection Sociale », PUF, Paris, 1993.

MAJNONI D'INTIGNANO B., ULMANN P., « Economie de la santé », PUF, 2001.

MARGERIN Jacques, AUSSET Gérard, « Bases de la comptabilité analytique », Editions d'Organisation, Avril 1991.

MERCANTON Eric, ROUSSEAU Jean-Marc, « Les normes IAS/IFRS», Edition Dalloz, Paris, Juin 2006.

MINTZBERG Henry, « Le management : Voyage au centre des organisations ». Editions d'Organisations, 1990.

MORIN Edgar, « Sciences avec conscience », Edition révisée, Fayard, Paris 1990.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, «Le soignant face au soigné anonyme en Afrique», Santé Publique et Sciences Sociales, 2002, n° 8-9.

PALIER Bruno, « La réforme des systèmes de santé », PUF, Collection « que sais-je ? », 3éme édition, 2004.

PARAPONARIS A., MOATTI J.P., MOSSÉ P., HUARD P., « Economie de l'innovation médicale : bilan et perspectives », In Sailly J.C et Lebrun T (éditeurs) : Dix ans d'avancées en économie de la santé, John Libbey Eurotext, Paris, 1997.

PERROT Jean, DE ROODENBEKE Eric, « Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée», Edition Karthala**,** Paris, 2005.

ROSANVALLON Pierre, « La crise de l'Etat providence », Paris, seuil, 1981.

TIZIO Stéphane, « L'approche contractuelle : d'une perspective interindividuelle à une perspective systémique », Edition Karthala, Paris, 2005.

TROTABAS Louis, COTTERET Jean-Marie, «Droit budgétaire et comptabilité publique », Edition Dalloz, Mai 1995.

2- Thèses et mémoires

APETE Geoffroy Kokou, « Optimisation médico-économique et organisation des services d'urgences hospitalières : Apport des systèmes multi-agents », Thèse Pour obtenir le grade de Doctorat de l'université de Lille 2, Spécialité Economie de la santé, Le 10 Octobre 2011.

AUCLERT Anaïs, « L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Décembre 2012.

BERRABAH Nacer, « Financement et prestation de soins de santé en Algérie : L'équité du système à l'épreuve des faits », Doctorat en Sciences Economiques, Université PARIS I, 02 février 1999.

BOULAMIZAT Abdelmoula, « La régulation de la contractualisation basée sur une coopération à la région sanitaire de Marrakech Tansift al Haouz », Mémoire présenté pour l'obtention de diplôme de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, institut national d'administration sanitaire, Maroc, 2008.

CATELAND Renaud, « L'expérience d'une contractualisation interne à l'hôpital d'Argenteuil : de la contrainte budgétaire à l'amélioration du fonctionnement » ; Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 1999.

DIRABI Mhammed, « Les dépenses publiques de santé au Maroc : Leur rôle dans le développement du système de santé publique », Thèse de Doctorat de 3 éme cycle, Université de Poitiers, Faculté de Droit et des Sciences Sociales, 9 Décembre 1987.

EL SARRAJ Lama, « Exploitation d'un entrepôt de données, Guidée par des Ontologies: Application au management hospitalier », Thèse de doctorat en Informatique, Université d'Aix-Marseille, Faculté Des Sciences et Techniques de Saint-Jérôme, Laboratoire des Sciences de L'information et des Systèmes (LSIS) UMR CNRS 7296, Année 2014.

FOUDI Brahim, « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain: Etat des lieux », Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Faculté des Sciences Economiques, des Sciences de Gestion et des Sciences Commerciales, 2011.

KAÏD TLILANE Nouara, « Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa », Thèse de doctorat d'Etat Es Sciences Economiques, Université d'Alger, Faculté des Sciences Economiques, des Sciences Commerciales et de Gestion, 2003.

MAOUNDÉ Dionko, « Contractualisation et performance du système de santé au Tchad », Thèse de doctorat en Droit, Université Jean Moulin, Lyon 3, 2007.

MESSAÏLI Moussa, «Dépenses publiques de santé, santé de la population et croissance économique en Algérie », Thèse de doctorat, Université de Béjaïa, Faculté des Sciences Économiques, Commerciales et des Sciences de Gestion, Spécialité Économie Managériale, Soutenue le 10/05/2018.

OULD ABDESLAM Sabrina, « Analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie », Thèse de doctorat en Sciences Economiques option Economie de la santé et développement durable, Université de Béjaïa, Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de gestion, Soutenu le 08/11/2018.

SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de Doctorat, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et de Gestion, 2009.

ZEHNATI Ahcène, « Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie », Thèse de doctorat (En co-tutelle) de l'Université de Bejaia et de l'Université de Bourgogne, Spécialité : Sciences Economiques, Soutenue publiquement le 8 juin 2014.

3- <u>Articles de revues académiques</u>

BATIFOULIER Philippe, « L'interaction médecin-patient : un examen par la théorie des jeux », In cahiers de sociologie et de démographie médicale, décembre 1997.

BENACHENHOU Abdellatif, « L'aventure de la désétatisation en Algérie3, Revue du monde musulman et de la Méditerranée, N°65, 1992, pp175-185.

BOUQUIN Henri, « Une défense de la comptabilité de gestion », Revue Française de comptabilité, Février 1993.

CHERIET Fouad, « Essai de détermination des coûts en milieu hospitalier: Cas de l'hospitalisation pour accouchement simple dans les maternités de Targa Ouzemmour et d'Aokas dans la wilaya de Bejaïa », In cahiers du CREAD, Numéro spéciale, « Transition et système de santé en Algérie », 2009, pp. 131-153.

CHOUAL Imed Eddine, « Les PME dans le marché algérien du médicament, état des lieux et perspectives », page 34-58, 2016 مجلة "الأبحاث الاقتصادية" لجامعة البليدة – 2 العدد 14 جوان

CHOUGRANI Saada, « La contractualisation et l'information : défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie », Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales, Insaniyat, n°6, Septembre-Décembre 1998, pp.143-161

CHOUGRANI Saada, KADDAR Miloud, « Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie », Journal de gestion et d'économie médicales, 2010/5 Volume 28, pp. 179-193.

CHOUGRANI S., MESLI M. F., BESSAOUD K., AHMED-FOUATIH Z., « Le centre d'information Médicale », Journal Algérien de Médecine, III, n°1, 1993, pp. 57-59.

CLAVERRANE J.-P., PASCAL C., « T2A et gestion hospitalière : La physiologie du moment », Revue Gestions Hospitalières, n°449, octobre 2005.

CONTANDRIOPOULOS A.-P., SOUTEYRAND Y., « L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre », In L'hôpital stratège : Dynamiques locales et offre de soins, 1996, pp 3-18.

DE POUVOURVILLE Gérard, TEDESCO Joseph, « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics, Revue française de gestion, N°146, 2005.

DORMONT Brigitte, MILCENT Carine, « Quelle régulation pour les hôpitaux publics Français », Revue Française d'économie, Vol 17, N°17-2, 2002.

DUTREIL C., « La carte sanitaire », Revue de droit sanitaire et social, n° spécial, 1974.

FETTER R.B., « Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde », Journal d'Economie Médicale, N°5, 1986, pp. 265-273.

FETTER R.B, «Diagnosis-related groups: understanding hospital performance», Interfaces 21 (1), 1991, pp.6-26.

FOUDI Brahim, GUETTAF Lila, « La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain », Revue des Sciences Humaines, Université Mohamed Khider, Biskra, N°23, Novembre 2011, pp.31-46.

FOUL Hadjadji, « Stratégie et structure dans la dynamique de l'accumulation technologiques », In Cahier du CREAD, N°25, 1er Trimestre 1991, pp. 145-195.

GADREAU M., BEJEAN S., « Le « marché » des soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle : Entre contrat, contrainte et convention ». Journal d'économie médical, T14, n°7-8, 1996, pp. 389-400.

GOSSELIN Maurice, MEVELLEC Pierre, « Plaidoyer pour la prise en compte des paramètres de conception dans la recherche sur les innovations en comptabilité de gestion », Comptabilité- Contrôle- Audit/ numéro spécial, 2003, pp. 87- 109.

GROLIER Jacques, MÉDÉE Patrick, PÉRARD Yvan, « La comptabilité de gestion à l'hôpital », VOL.1, Comptabilité analytique hospitalière, Presses de l'école des hautes études en santé publique-EHESP-, Septembre 2013.

INGHAM Marc, « L'apprentissage organisationnel dans les coopérations », Revue française de gestion, n° 97, 1994, pp. 55-81.

KAÏD TLILANE Nouara, FOUDI Brahim, « Les acteurs publics et privés dans le système de santé algérien : de la concurrence à la complémentarité », Revue des Régions Arides n°40 (2/2016) – Numéro spécial : Actes des travaux du colloque international LOTH 2016 « Gouvernance et communication territoriales » Mahdia (Tunisie) 7, 8, 9 avril 2016, pp.301-311.

LENAY Olivier et MOISDON Jean-Claude, « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », Revue Française de gestion N°146, 2003.

MAHFOUD Nacera, BRAHAMIA Brahim et COPPIETERS Yves, « Consommation des médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie », مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد 2017/11, Revue de l'Université de Ouargla, pp. 41-54.

MAQUART B., « La réforme de l'hospitalisation publique et privée », Droit Social, Septembre -Octobre 1996, pp. 868 - 877.

MEBTOUL Mohamed, « La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie », Médecine et Santé, N°5, 1999.

MEBTOUL Mohamed, «L'introuvable césure public-privé en Algérie : De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins », Autrepart, vol. 29, no. 1, 2004, pp. 13-28.

MOISDON J.C., « Les contrats dans le nouveau système hospitalier: naissance d'une instrumentation ». Droit Social, septembre - octobre 1997, pp.872 - 876.

MOREAU J. C., « La carte sanitaire en Algérie », Revue française des affaires sociales, 1983, n° 3.

MOUGEOT Michel, NAEGELEN Florence, « Asymétrie d'information et financement des hôpitaux, une comparaison des modes d'organisations des systèmes de santé », Revue économique_ VOL49, Septembre 1998, pp.1323-1343.

NAIDITCH M., MOSSÉ P., « Financement T2A : quel modèle de la performance de l'hôpital ? Réflexion sur le sens d'une réforme », Revue Gestions Hospitalières, n°450, novembre 2005.

PALIER B., « Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France », In pouvoirs N°82 ,1997.

PASCAL Christophe et al, « L'information médico-économique entre décision stratégique et action publique : tout savoir pour peu pouvoir! », Politiques et management public, Vol 28/1 | 2011.

POLTON Dominique, « Les systèmes de santé dans les pays occidentaux », Cahiers français n° 324, La santé, Janvier-Février 2005, pp. 54-59.

SALMI Madjid, FERFERA Yassine, «Administration du personnel de santé ou gestion des ressources humaines : l'enjeu actuel de l'hôpital public en Algérie », In cahiers du CREAD, 2009, pp.75-95.

SNOUSSI Zoulikha, « Les fausses réponses à l'accroissement des dépenses de remboursement des médicaments en Algérie », In cahiers du CREAD, Premier semestre 2017, pp. 79-105.

SNOUSSI Zoulikha, « Marché des médicaments génériques en Algérie : Quelle régulation pour quelle promotion ? », Revue nouvelle économie, N°:07 –Septembre2012, pp.17-36.

4- Rapports de recherche

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), « Les médicaments génériques : des médicaments à part entière », Décembre 2012.

Algérie, « Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement », Juillet 2005.

Algérie, « 2eme Rapport Nationale sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement », Septembre 2010.

Algérie, « Objectifs du Millénaire pour le Développement », Rapport national 2000-2015

Algérie, Plan National Cancer 2015 /2019.

ALVAREZ Fabienne, « Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques Organisationnels », Recherche et Santé, 1997.

Ambassade de France en Algérie, « Le marché du médicament en Algérie », Mission économique, 04/12/2006.

Association Internationale de la Sécurité Sociale, Perspectives en politique sociale 18, Initiatives internationales pour une extension de la couverture de sécurité sociale: www.issa.int.

Association internationale de la sécurité sociale, « Dix défis mondiaux à relever par la sécurité sociale, 2016.

Banque Mondiale, « République Algérienne Démocratique et Populaire : A la recherche d'un investissement public de qualité », Rapport N° 36270 – DZ, le 15 août 2007.

Banque Mondiale, « Rapport sur le développement dans le monde, Investir dans la santé », 1993.

BOULAHBAL Bachir, « Besoins sociaux à l'horizon 2025», Rapport l'Algérie de demain : Relever les défis pour gagner l'avenir, Décembre 2008.

Caisse National des Assurances Sociales(CNAS), « Les prestations de la Caisse National d'Assurance Sociale », Constantine, Mai 2000.

CHOUGRANI Saada et KADDAR Miloud, « Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie », Journal de gestion et d'économie médicale, 2010/5 Volume 28.

Conseil National Economique et Sociale (CNES), « Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier », 18ème Session Plénière, 22/23 juillet 2001.

Conseil National Economique et Social(CNES), « Rapport National sur le Développement Humain », Edition DIWAN, 2006.

Direction de la santé et de la population(DSP) de la wilaya de Tizi-Ouzou, « Etat des lieux du secteur de la santé dans la wilaya », présenté à l'assemblée populaire de wilaya (A.P.W), le 07 avril 2010.

DROUIN Anne, « Méthodes de financement des soins de santé : Une utilisation rationnelle des mécanismes de financement pour assurer une couverture universelle », Rapport technique N° 05.

Ecole Supérieure Algérienne des Affaires (ESAA), « Mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration des prestations de santé », Réunion du samedi 21 février 2009.

Fond Monétaire International (FMI) Washington, Consultation de 2016 au titre de l'article IV avec l'Algérie, Rapport n° 16/127.

Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière BOS N° 2011-3.

Institut National de Santé Publique (INSP), « Enquête nationale santé, transition épidémiologique et système de santé », Alger, Novembre 2007.

KRIEF Nathalie, « La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : Des enjeux économiques et sociaux compatibles», Rapport publié dans « comptabilité, contrôle, audit et institution (s), Tunisie (2006) », Janvier 2011.

LAUTIER Marc, « Les exportations de services de santé des pays en développement : le cas tunisien », Université de Rouen, Département de la recherche, Décembre 2005.

MH-029 – Développement Marché Médicament, « Le marché algérien du médicament : un investissement à rentabiliser et un potentiel à promouvoir », Juin 2012.

Ministère de la santé et de la population, « Développement du Système National de Santé : stratégie et perspectives», Mai 2001.

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), « Guide méthodologique de calcul des coûts en milieu hospitalier », Alger, 2001.

MSPRH, Comité interministériel de suivi et mise en œuvre de la contractualisation, Rapport d'étape, Alger, Mai 2002.

MSPRH, « Projection du développement du secteur de la santé : Perspective décennale »Juillet-2003.

MSPRH, « Statistiques sanitaires année 2013 (édition 2015) ».

MSPRH, « Direction générale de la Prévention et de la promotion de la santé, Rapport d'activité sur la riposte nationale au VIH/SIDA en Algérie 2008-2012, 2012-2013, 2013-2015 ».

MSPRH, « Synthèse des décisions prises et instructions données par Monsieur le Ministre lors des rencontres régionales d'évaluation (Oran –Constantine-Annaba-Alger) », 2015.

MSPRH, « Les réformes en santé : évolution et perspectives », Alger, décembre 2015.

MSPRH, « Direction des études et de la planification : santé en chiffres 2015 », Edition Juillet 2016.

Ministère des finances, Direction Générale du Budget, « Le soutien de l'Etat au développement humain en Algérie, rétrospective et état des lieux 1999-2003 ».

Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins, « Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière », Janvier 2012.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTESS), « Présentation du système de la sécurité sociale », Algérie, 2010, in : http://conselho.saude.gov.br/cm/docs.pdf ; page consulté le 10 avril 2013.

MTESS, « Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie », 2011.

MOKADDEM Ahmed et KHAROUFI Mostafa, « Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'Algérie 2007-2011 ».

MOLINIÉ E., « L'hôpital public en France : bilan et perspective », Rapport du conseil économique et social, Paris, La documentation française, 2005.

MOUGEOT Michel, « Régulation du système de santé », Rapport, Conseil d'Analyse Economique, La documentation Française, Paris, 1999.

MUSETTE Mohamed Saib, ISLI Mohamed Arezki et HAMMOUDA Nacereddine, « Marché du travail et emploi en Algérie, élément pour une politique nationale de l'emploi », OIT, Alger, octobre 2003.

Nations Unies, « À la recherche de nouveaux modes de financement du développement », Étude sur la situation économique et sociale dans le monde, 2012.

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD); Rapport 2014, NATIONS UNIES.

Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, 2015.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement », WHO/ICO/MESD, 24 Juin 1997.

OMS, « Comment élaborer et mettre en œuvre une politique pharmaceutique nationale ? », Genève, 2002.

OMS, « Cinquante sixième assemblée mondiale de la santé, WHA56.25 Point 14.13 de l'ordre du jour », 28 Mai 2003.

OMS, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Genève, 2004.

OMS, « Rapport sur la santé dans le monde », 2004.

OMS, « Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles clé durant la période de transition », Geneva, January 2004.

OMS, « Financement de la santé », Novembre 2010, Faits et chiffres : http://www.who.int.

OMS, « Rapport sur la sante dans le monde », 2010.

OMS, « Structures durables de financement de la santé et couverture universelle » EB128.R8, 21 janvier 2011.

OMS, « La recherche pour la couverture sanitaire universelle », Rapport sur la santé dans le monde 2013, Genève.

ONS, Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2004-2006, N° 37, édition 2008.

ONS, Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, N°658, Démographie algérienne -2013- réalisé en Mars 2014.

ONS, Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2013-2015, N° 46, édition 2016.

OUFRIHA F.Z., « Le marché de gros des produits pharmaceutiques à la lumière de l'ouverture du commerce extérieur », Centre d'étude de la concurrence et des prix, Alger, 1997.

PRESENCES International, « Mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers, projet 3COH », manuel de l'utilisateur, février 2010/ juin 2013.

PRESENCES International SARL, «Systèmes d'information intégrés : Pourquoi "triple comptabilité"? », 2010, Cité in http://www.3coh.dz

Rapport CNES, « Politique Pharmaceutique Nationale », Octobre 2010.

Rapport Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED), Cadre de politique commerciale: Algérie - Politiques Commerciales et Diversification, Nations Unies, 2017.

Rapport de l'ONUSIDA, Global AIDS update 2016 (actualité du Sida dans le monde en 2016).

Rapport NABNI 2020, « Cinquantenaire de l'indépendance : Enseignement et vision pour l'Algérie de 2020 », Janvier 2013.

RIVALDI L., « Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ? », Recherche en soins infirmiers, 2006/2, N° 85.

UNION SYNDICALE SOLITAIRE, « Protection sociale : assistance ou assurance sociale ? », 29 février 2004.

5- <u>Documents de recherche</u>

Algérie, « Document de Stratégie 2007 – 2013 et Programme Indicatif National 2007 – 2010.

Bulletin d'information de la Représentation de l'OMS au Niger n°63, « Dossier la contractualisation dans le secteur de la santé au Niger », Juillet 2009.

CARRIN G., PERROT J., « Comment améliorer la cohérence dans les relations entre partenaires ? Le rôle de l'Etat », Réunion technique : L'approche contractuelle comme outil politique, Genève, ICO-OMS, 4-6 Février 1998.

CARRIN Guy, JAMES Chris, EVANS David, « Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement », Résumé technique pour décideurs, n°1, Genève, 2005.

CASTONGUAY Joanne, « Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux », Rapport de projet, Montréal, Mars 2013.

CORRADIN Camilla, «Les hydrocarbures dans l'économie algérienne, d'une économie planifiée à une économie de marché », RITIMO (réseau d'information et de documentation pour le développement durable et de la solidarité internationale), N° 34, 2008.

Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRSS), « Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et option pour le Canada ; Les générateurs de coût et l'efficience du système de santé », Rapport 4, Mars 2011.

LARIBI Amel, « Le financement du secteur de la santé », ENSP, Dossier Documentaire, Janvier 2009.

MOSSE Philippe, GERVASONI Nathalie, KERLAU Monique, « Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies », Rapport réalisé pour la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE), 1999.

Organisation mondiale de la santé (OMS), « Une politique nationale de contractualisation : Guide pour son élaboration et son suivi », discussion paper No 2, 2007.

Organisation Mondiale de la santé (OMS), « L'incitation à la performance des prestataires de services de santé » ; Discussion paper numéro 1, 2010.

OR Zeynep et RENAUD Thomas, « Principe et enjeux de la Tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) : enseignement de la théorie économiques et des expériences étrangères ». IRDES-Document de travail, n°23, Mars 2009.

OUELLETTE P., « Efficience et budgétisation des hôpitaux et autres institutions de santé au Québec », Étude pour le groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, novembre 2007.

PERROT JEAN, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Document Version 10 (22/08/2003).

SAIHI Abdelhak, « Le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspectives », ENSP, Dossier Documentaire, Avril 2006.

6- Communications

AHMED ZAID- CHERTOUK M., AMIRI D., « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des hôpitaux : application au secteur sanitaire de Larbaa Nait Irathen », communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, Tizi-Ouzou, le 17.18 janvier 2010.

ALIHALASSA Sofiane, « S'unir pour mettre fin à la tuberculose », Journée mondiale de lutte contre la tuberculose 2016, le 24 Mars 2016.

CHACHOUA L., « Le système National de santé, 1962 à nos jours », Colloque international sur les politiques de santé, Alger, les 18 et 19 janvier 2014.

Direction de la Santé et de la Population (DSP) de la wilaya de Tizi-Ouzou, « Etat des lieux du secteur de la santé dans la wilaya », présenté à l'assemblée populaire de wilaya (A.P.W), le 07 avril 2010.

KAÏD TLILANE Nouara, CHEURFA Taous, « La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : Enjeux et Perspectives », Séminaire international sur « L'administration publique en Algérie ; entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation,_Regards croisés sur les bonnes pratiques internationales », Université Constantine 2, 28-29 Avril 2014.

KAÏD TLILANE Nouara, « Les concepts de la contractualisation dans le secteur de la santé », Journée de formation continue, CHU de Tizi-Ouzou, Direction Générale, Tizi-Ouzou, le 29 Janvier 2016.

KAÏD TLILANE Nouara, FOUDI Brahim, « Défis et enjeux de la coordination à l'ère de la multiplicité des acteurs en santé : Analyse de l'expérience de la délégation de la prise en charge aux cliniques privées dans le domaine de la dialyse en Algérie.», 7éme Colloque International de l'AIMAP sur «UN MANAGEMENT PUBLIC INNOVANT ? », Biarritz, le 31 mai et 1er juin 2018.

LAMRI Larbi, « Accroissement de la Dépense Nationale de Santé des Ménages: Facteurs explicatifs », Journée d'étude sur « Le système de santé Algérien à l'épreuve de la transition plurielle », le 03 Mai 2015- Hôtel Mazafran-Zéralda.

Organisation Mondiale de la santé (OMS), « Epidémiologie du Paludisme dans le monde et en Algérie », journées mondiale de lutte contre le paludisme « Elimination du Paludisme, ensemble vers la certification », Tamanrasset, Le 25 Avril 2017.

Présentation générale des principales réformes de sécurité sociale adoptées en Algérie, Séminaire technique organisé par les caisses algériennes de sécurité sociale en collaboration avec le bureau de liaison de l'AISS pour l'Afrique du nord, Alger les 25 et 26 octobre 2010.

Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie (UNOP), « Le prix du médicament, comme un des instruments de promotion et de développement de l'industrie nationale du médicament », Séminaire à l'Hôtel Hilton, mardi 25 novembre 2014.

ZIANI Lila, ZIANI Farida, « Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie », Communication présentée aux journées internationales du risque, le 26 et 27 Mai 2011 à Niort, France.

ZIANI Lila, ZIANI Zoulikha, « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie », 7éme séminaire international sur : الصناعة التأمينية، الواقع العلمي وآفاق التطوير- تجارب

الدول- جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية وعلوم التسيير، يومي 03-04 ديسمبر 2012

Textes et lois législatifs

-Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.

-Loi du 31 Décembre 1970 et le décret d'application du 11 janvier 1973.

-Arrêté de 04/01/1971 fixe et définit la liste des personnes physiques susceptible d'y être assujetties : les commerçants, les artisans, les membres de professions libérales, les agriculteurs.

-Loi sanitaire 85.05 ; Art 4.

-Arrêté interministériel du 04/07/1987 fixant la valeur monétaire des lettres-clés relatives aux actes professionnels. Journal officiel n°1 du 06/01/1988.

- Décret n° 92-07 du 4 janvier 1992, relatif à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale.

-Loi des finances de 1993, Article 128 du Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, n°04 du 20/01/1993. Les lois des finances définissent le montant du forfait-hôpitaux et rappellent que les parties doivent contractualiser leurs relations.

-Article 54 de la Constitution du 28/11/1996.

-Décret exécutif n°97-472 du 8 décembre 1997.

-Instruction interministérielle du 20/09/97 relative à la mise en œuvre du processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico–administratif du patient au niveau des établissements publics de santé.

- Décret exécutif n°99-236 du 19 octobre 1999, connus sous le nom de l'activité complémentaire.

-Instruction 03/MSP/MIN du 07 Décembre 2000 relative à l'organisation et au fonctionnement du bureau des entrées relevant des C.H.U, E.H.S et secteurs sanitaires.

-Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 (articles 22 à 34).

-Loi N° 03-22 du 28 Décembre 2003 portant loi de finances pour 2004, art 59.

-Loi N° 04-21 du 29 Décembre 2004 portant loi de finances pour 2005, Art 72.

-Décret n°06-370 du 19 octobre 2006 relatif à la création de la caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

-Article 67 de la loi de finance 2010

- La circulaire n° 001 MSPRH/MIN du 31 mars 2010, connus sous le nom de l'activité lucrative.

- La loi de finances complémentaire pour 2010 exonérant les médicaments fabriqués localement de la TAP (taxe sur l'activité professionnelle)
- Lois des finances successives de 1974 à 2011.
- Décret exécutif N° 12-116 du 18 Rabie Ethani 1433 (du 11 mars 2012) met en place le Comité National de Prévention et de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CNLS).
- La loi 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales avalise le forfait hôpitaux.

Sites internet

-http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2007-05-15/le-systeme-de-sante-americain-est-le-moins-performant-des-pays-industrialises.

-http://www.medicalnews.com.tn.

-http://www.who.int/features.OMS, Financement de la santé, Novembre.2010 : Faits et chiffres

- http://www.site3coh.dz

- https://www.commerce.gov.dz/statistiques. vue le 10 octobre 2017.

- http://www.andi.dz/index.php/fr/secteur-de-sante Agence nationale de développement de - L'investissement (ANDI) vu le 9 novembre 2017.

-http://www.fce.dz/wp-content/uploads/2015/08/developpement-march-mdicament-juin2012-.pdf

- http://www.viePublique.fr. L'Etat providence, la documentation Française.

- http://www.coopami.org.

-DGOS-COM@sante.gouv.fr. Ministère des solidarités et de la santé : Direction Générale de l'Offre de Soins, Mission communication :

- http://banquemondiale.org.

- https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/.../cim10_2015_final_0.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : L'activité complémentaire

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
CHU – EHS OU SECTEUR SANITAIRE
DECISION N°……DU…….
PORTANT AUTORISATION D'EXERCICE DE
L'ACTIVITE COMPLEMENTAIRE

Le Directeur,

Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985, modifiée, relative à la protection et à la promotion de la santé notamment son article 201 alinéas 1,2, 3 et 4.

Vu le décret exécutif N° 99-236 du 19 Octobre 1999, fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi 85 -05 du 16 Février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.

Vu l'arrêté N° du , portant nomination de

Mr ……dans le grade des (définir spécialité) ……à compter du…….

Vu la demande formulée par Mr …… en date du…….

Vu l'avis favorable émis par le praticien chef de service ;

Vu l'avis favorable émis par le conseil scientifique ou le conseil médical dans sa séance du

…….

D E C I D E

Article 1er: M .....est autorisé à exercer l'activité complémentaire le ou les

…… après midi

…….. Après midi

dans la spécialité : …… à

……

…….

Article 2 : La présente autorisation est délivrée pour une durée d'une année à compter de la date de sa signature. Elle peut être suspendue provisoirement si les nécessités de services l'exigent conformément aux dispositions de l'article 2, Alinéa 4 du décret exécutif N° 99-236 du 19 Octobre 1999 sus -visé.

AMPLIATION A :

M. Le Ministre de la Santé et de la Population (Direction des Services de Santé)

M. Le Directeur de la Caisse de Sécurité Sociale concernée

M. Le DSP du GGA ou le DSP de la Wilaya de.

ANNEXE 2 : Objectifs, outils associés et acteurs impliqués dans le PH 2007

	Objectifs-piliers	Principaux Outils	l'État, l'Assurance Maladie, la HAS,	La DHOS , ARH, DRASS, DDASS, Services de l'Assurance Maladie	Établissements de santé	Pôles d'activité
1	Garantir l'accès aux soins pour tous	SROS 3 (Schéma Régional d'organisation sanitaire)	-Répondre aux besoins de santé -Garantir l'égalité d'accès aux soins -Assurer les équilibres régionaux -Répondre aux enjeux de mobilité et de démographie	-Réorganiser l'offre de soins dans le cadre des territoires de santé - Développer la concertation et le dialogue -Planifier et accompagner les réorganisations -Décloisonner les modes de prise en charge (ville-hôpital, médico-social)	-Définir un positionnement stratégique pour répondre aux besoins de santé du bassin de population au sein des territoires de santé.	-Inscrire l'activité du pôle dans le projet d'établissement -Faire remonter la réalité des activités pour adapter projet médical et SROS -Ouvrir le pôle sur les territoires de santé
2	Améliorer la qualité et la sécurité des soins	Certification V2010	-Décliner les objectifs de santé publique -Garantir la qualité des soins et des processus -Définir des référentiels de qualité édictés par des pairs -Mettre en place une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses	-Promouvoir la qualité du soin -Assurer la sécurité sanitaire -Mener les actions en lien avec la loi de santé publique et les PRSP	-Intégrer la dimension qualité dans le projet d'établissement -Mettre en œuvre la procédure de certification v2 -Mettre en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles	-Mettre en œuvre une politique pour améliorer la satisfaction du patient
3	Accroître l'efficience de la prise en charge	Nouvelle Gouvernance	-Faire évoluer les statuts -Garantir la mobilité -Évaluer, gérer au plus près du terrain	-Négocier les Contrats d'Objectifs et de Moyens -Suivre la mise en œuvre de la gouvernance et des pôles d'activités -Évaluer les directeurs d'établissements -Évaluer les pratiques professionnelles médicales -Faire évoluer les organisations dans le cadre des territoires de santé	-Mener à bien le projet d'établissement -Assurer le pilotage médico-économique de l'établissement (passer de l'administration au management) -Négocier les contrats d'objectifs et de moyens	-Inciter à la responsabilisation et à la participation -Mieux coordonner la prise en charge -Rapprocher la décision du terrain -Mutualiser les compétences -Assurer la prise en charge pluridisciplinaire des patients (ambulatoire, programmée et HAD)
4	Mieux utiliser les ressources	T2A (tarification à l'Activité) EPRD (État des Prévisions des Recettes et des Dépenses)	-Assurer un financement plus juste et équitable dans le cadre de l'ONDAM	-Financer par les COM et l'Accompagnement à la Contractualisation -Accompagner les recompositions et les mutualisations	-Passer du budget à l'EPRD -Généraliser l'utilisation d'outils de gestion médicalisés	-Gérer les budgets et les personnels -Mutualiser les ressources -Optimiser la prise en charge des patients (ambulatoire)

ANNEXE 3 : La méthode ABC à l'hôpital

Articles	Objectif de l'étude	Méthodologie	Problèmes rencontrés	Apport pour le terrain	Conclusion de l'auteur
Ramsey (1994)	Montrer les apports de l'ABC pour la prise de décision.	Etude des apports d'ABC au management hospitalier grâce à une expérience menée dans un service de radiologie.	Lenteur de l'adoption des innovations managériales dans le domaine hospitalier.	- Etude détaillée des activités. - Meilleure évaluation des problèmes et leur localisation. - Prise de décision plus pertinente.	- L'ABC plus performante que les autres méthodes utilisées dans le domaine de la santé aux Etats-Unis.
Garrot (1995)	Montrer l'apport de l'ABC par rapport au PMSI.	Comparaison entre ABC et PMSI à partir d'une modélisation théorique d'une simulation sur l'hôpital.	Peu d'expérience encore abouties.	- Meilleure connaissance des processus. - Informations plus précises pour la prise de décision.	- L'ABC plus efficace pour la prise de décision que le PMSI. - L'ABC plus approprié aux besoins actuels des hôpitaux.
Fitzpatrick Backer (1998)	**Lors de la phase de test**			- Etablissement plus performant au niveau de l'activité «examen de laboratoire ». - Définition pertinente des inducteurs. - Meilleure négociation du montant des remboursements versés par les assurances. - Mise en routine réussie.	- Mise en œuvre de l'ABC possible à partir des protocoles.
	Evaluer la performance de l'activité examen de laboratoire de l'établissement.	Mise en place de l'ABC en partant du code des pratiques et ensuite assignation de leurs coûts au sein d'un établissement hospitalier.	Moindre précisions des résultats si l'intégralité de l'activité n'est pas prise en compte.		
	Lors de la mise en place de l'ABC à l'échelle de l'établissement				
	Déterminer les coûts de chaque pratique et les comparer avec les remboursements effectués par Medicare.	Méthodologie identique.	Difficulté dans l'allocation des coûts des frais généraux dans l'ensemble des services.		
Stuart Backer (1998)	Déterminer les activités profitables dans un hôpital américain.	Mise en place d'ABC en partant directement des activités.	Aucune mention de problèmes rencontrés.	- Constatation de la mauvaise évaluation par Medicare des frais généraux. - Aide de l'ABC aux médecins.	- Application de l'ABC possible en débutant par la description des activités.

Baker Boyd (1998)	Tester l'applicabilité de l'ABC dans un bloc opératoire.	Expérimentation de l'ABC dans un bloc opératoire.	Difficulté de traitement des données des systèmes d'information existants pour les besoins de l'ABC.	- Pertinence de l'analyse et des descriptions des activités. - Extension possible à l'ensemble du service. - Intégration des informations produites par l'ABC pour l'allocation des ressources et la négociation des contrats. - Aide aux décisions pour la GRH.	- Mise en place conjointe de l'ABC avec une démarche qualité souhaitable.
Bekersteiner et Pierce Mocilnikar (1998)	- Les économies des coûts générées par des prises en charges différentes de prises en charge traditionnelles. - La qualité des prestations réalisées avec la pratique alternative.	Un établissement de traitement de soins chroniques au niveau de trois traitements : - mucoviscidose. - traitement des diabètes. - suivi des blessures	Difficultés rencontrée lors de la mise en place.	- Economies importantes réalisées grâce aux prises en charge alternatives, et ce, sans détérioration de la qualité des prestations.	- Comparer différents types de prise en charge d'une même pathologie. Néamoins, - Analyse, de trois pathologies uniquement. - Généralisation problématique.
Singh Hart (1998)	Montrer la faisabilité de la méthode.	Compte rendu d'une mise en place dans un hôpital.	Aucune mention des problèmes rencontrés.	- Possibilité d'avoir des coûts différents produits. - Un système facile à mettre à jour. - Une aide à la prise de décision efficace.	- Aucune véritable conclusion théorique dans cet article.
Maher Marais (1998)	Montrer l'insuffisance de l'ABC pour retracer l'évolution des coûts dans le cas d'unités de soin dont les ressources sont indivisibles.	Étude de la mise en place de l'ABC dans une chambre de réveil.	- Surestimation de la baisse des coûts induite par des changements en utilisant l'ABC. - Taille de l'échantillon insuffisante pour tester l'efficacité du changement envisagé.	- Processus et activité correctement prises en compte. - Définition des objets de coût réussis. - Bonne estimation des coûts. - Bonne identification des coûts.	- Impossibilité pour l'ABC de rendre compte des évolutions non linéaires des coûts par rapport à l'activité.

Glickblackmore Zelman (2000)	Montrer la pertinence de cette méthode pour calculer les coûts dans un service de radiologie.	Mise en place de l'ABC dans un service de radiologie sur une seule prestation (radio des cervicales et de la moelle épinière).	- Données collectées par les radiologues difficiles à comprendre. - Information insuffisamment détaillée pour traduire la prestation. - Problème d'isolation des temps par prestation.	- Possibilité de comparer les coûts de la prestation (radio des cervicales et de la moelle épinière) avec les remboursements. - Extension de cette étude possible à d'autres prestations d'imagerie.	- Aucune véritable conclusion théorique dans cet article.
Abdallah santillan (2001)	Montrer que la méthode ABC est applicable dans les établissements de santé des pays en voie de développement.	Introduction de la méthode ABC dans un établissement de santé privé sans but lucratif au Pérou.	- Problème de vérification des données recueillies auprès des personnels. - Manque de détail dans la comptabilisation des coûts.	- Calcul de coûts unitaires par service réussie. - Révision de la tarification. - Subventions renégociées. - Evaluation des changements dans les équipes de travail et dans l'offre des services.	- Application de l'ABC dans les établissements de santé des pays en développement. - Meilleure arbitrage qualité des soins et des coûts.
Larsen skolborg (2003)	Montrer les apports et les difficultés propres à chacun de ces trois systèmes.	Comparaison de trois systèmes de coûts : ABC, coût complet et DRG.	- Collecte d'information sur les charges de personnel insuffisante. - Forte hétérogénéité des processus. - Problème de traçabilité des coûts aux produits. - Problèmes de compatibilité du système d'information.	- Meilleure prise en compte des spécificités propres aux différents traitements. - Meilleure différenciation des patients.	- L'ABC, un système plus performant que les autres si rendement d'échelle constants. - Difficulté de conclure sur la portée de ces différentes méthodes.
Lievens,Van den Bogaert Kesteloot. (2003)	Démontrer la faisabilité de l'ABC dans un service médico – technique : la radiologie.	Introduire l'ABC dans un service de radiologie en tenant compte du niveau de complexité des savoirs - faire.	- Grande complexité des processus à modéliser. - Les données sur les prestations n'étaient pas suffisamment détaillées.	- Formalisation de la complexité grâce à une pondération tenant compte des traitements. - Meilleur suivie des coûts.	- Possibilité d'intégrer la complexité des savoirs - faire à un système de calcul type ABC.

Arnaboldi Lapsey (2004)	- Montrer le caractère légitimant d'une Innovation managériale : en l'adoptant, l'organisation peut se définir comme moderne. - Montrer les limites des innovations managériales.	Étude des causes de l'échec de la mise en place de l'ABC établissement de santé chargé notamment de la transformation du sang en produits sanguins auprès de volontaires.	- Expérience conduite en interne par des personnels insuffisamment qualifiés. - Problème d'identification des objets de coût. - Collecte d'Information sur les inducteurs difficile, car forte hétérogénéité des sources d'information. - Incompatibilité des logiciels existants avec le logiciel d'application de l'ABC.	- Mise en place de la méthode ABC à titre expérimental dans les services non médicaux car absence de résistance des personnels. - Meilleure évaluation des intrants et des résultats dans chacun des services.	- Preuve du caractère légitimant d'une innovation managériale. - Instauration d'une innovation managériale afin de légitimer la volonté de changement
Cardinaels, van Herck Roodhoft (2004)	Identifier les facteurs spécifiques à prendre en compte pour mise en place réussie de l'ABC dans le milieu hospitalier.	Enquête sur le système de calcul des coûts utilisé par 120 hôpitaux de nature comparable (au niveau de leur activité et de leurstatut) dans la partie flamande de la Belgique.	- Collaboration des personnels problématique. - Non prise en compte par la direction des personnels. -Complexité des processus. - Problème d'Intégration du système d'information.	- Amorce de la mise en place de la méthode ABC dans les établissements ayant su éviter les problèmes cités précédemment.	- 40 % des hôpitaux utilisent les méthodes obligatoires. - 48% tentent d'introduire une méthode supplémentaire. - 12 % utilisent l'ABC. - Participation des personnels Indispensable pour l'ABC.
Camponovo (2004)	Montrer les avantages pour les radiologues de l'application de l'ABC.	Plaidoyer pour l'utilisation de l'ABC pour le calcul des coûts dans les services de radiologie.	Aucune mention de problèmes rencontrés.	- Production d'Informations pertinentes pour la prise de décision interne, notamment les décisions d'Investissement. - Meilleure évaluation des ressources et des Stratégies. .	- Aucune véritable conclusion théorique dans cet article.

ANNEXE 4 : Les modules du système 3 COH

Transaction	Module
Création d'un dossier fournisseur	FOURNISSEURS
Création du dossier d'un laboratoire	FOURNISSEURS
Saisie d'un marché d'achat	ACHATS
Convention avec un fournisseur	ACHAT
Saisie d'une livraison d'un fournisseur	ACHATS
Saisie d'une facture d'achat	ACHATS
Saisie d'une facture d'achat	COMPTABILITÉ (OD fournisseur)
Saisie d'un avoir sur achat	ACHATS
Constatation des charges salariales (solde)	COMPTABILITÉ (OD hors tiers)
Saisie d'un avoir sur achat	COMPTABILITÉ (OD fournisseur)
Enregistrement d'un trop perçu sur salaire	COMPTABILITÉ (OD Client)
Enregistrement d'une commande d'un service	CONSOMMATIONS
Enregistrement d'une commande client	CONSOMMATIONS
Enregistrement d'une ordonnance	CONSOMMATIONS
Livraison à un service ou à un client	CONSOMMATIONS
Règlement par un client (encaissement)	TRÉSORERIE
Règlement d'un fournisseur (décaissement)	TRÉSORERIE
Création d'un dossier client (ou service)	SERVICES ET REDEVABLES
Règlement d'un fournisseur	TRÉSORERIE
Règlement d'une charge (hors dettes)	TRÉSORERIE (hors tiers)
Vente au comptoir	VENTE AUCOMPTOIR
Opérations sur patrimoine immobilisé (inventaire)	IMMOBILISATIONS
Création d'un article en stock	STOCKS
Opérations sur stocks	STOCKS
Saisie (importation) du budget primitif	COMPTABILITÉ BUDGÉTAIRE
Transferts de budget	COMPTABILITÉ BUDGÉTAIRE
Création d'un dossier salarié	PERSONNEL
Saisie des activités des services	COMPTABILITÉ ANALYTIQUE

<u>ANNEXE 5</u> : Indicateurs d'activités des services d'hospitalisation

- **La Durée Moyenne des Séjours (D.M.S)** : est le quotient du nombre de jours d'hospitalisations par le nombre de malades traités par le service.

$$\mathrm{D.M.S} = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre d'admissions}}$$

- **Le Taux d'Occupation des Lits (T.O.L)** : est le quotient du nombre de jours d'hospitalisations et le nombre maximal théorique de jours d'hospitalisations possible par service (ce dernier étant le nombre de jour de l'année multiplié par le nombre de lits du service en fonction des lits techniques).

$$\mathrm{T.O.L} = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation x100}}{\text{Nombre de lits x 365 jours}}$$

- **Le Coefficient de Rotation des Lits (C.R.L)** : est le nombre de malades traités divisé par le nombre de lits dans le service.

$$\mathrm{C.R.L} = \frac{\text{Nombre d'admissions}}{\text{Nombre de lits}}$$

<u>ANNEXE 6</u> : Le décompte des sommes dues au prix forfaitaire et au PMJH pour le même patient au CHU de Tizi-Ouzou

DECOMPTES DES SOMMES DUES
(Participation du Citoyen)

Nom Et Prénoms	Dt. entrée	Dt. sortie	Mode de Sortie	N° entrée	N° titre
[redacted]	29/01/2019	02/03/2019	PAR DECES	19/00/002345	19/000008

- DEBITEUR -

[redacted]
BAGHLIA

FRAIS DE SEJOUR						HONORAIRES MEDICAUX					
PERIODE		Nbre De jours	Prix jour Forfait	%	DESIGNATIONS	Date	Code	Tarif	Coef/nbre	Montant Total	Part Du Débiteur
Du	Au										
29/01/2019	29/01/2019	0	100,00		URGENCES MEDICALES					0,00	0,00
29/01/2019	06/02/2019	8	100,00		URGENCES CHIRURGICALES					800,00	800,00
06/02/2019	28/02/2019	22	100,00		ANESTHESIE-REANIMATION					2200,00	2200,00
					MONTANT DE LA FACTURE				==========>	3000,00	3000,00

RECEVEUR DE : CHU NEDIR MOHAMED

TIZI OUZOU LE ,
L'ORDONNATEUR

DECOMPTES DES SOMMES DUES
(Mode de Facturation PMJH)

Nom Et Prénoms	Dt. entrée	Dt. sortie	Mode de Sortie	N° entrée	N° titre
[redacted]	29/01/2019	02/03/2019	PAR DECES	19/00/002345	19/000007

- DEBITEUR -

[redacted]
BAGHLIA

FRAIS DE SEJOUR

PERIODE Du	PERIODE Au	Nbre De jours	P.M.J.H	DESIGNATION DU SERVICE	Montant Total	Part Du Débiteur
29/01/2019	29/01/2019	0	5000,00	URGENCES MEDICALES	0,00	
29/01/2019	06/02/2019	8	5000,00	URGENCES CHIRURGICALES	40000,00	
06/02/2019	02/03/2019	25	8000,00	ANESTHESIE-REANIMATION	200000,00	
				TOTAL FRAIS DE SEJOUR ------->	240000,00	
				Part du débiteur 100% ------->		240000,00

MEDICAMENTS

Désignation	Date	Cod DCI	Tarif	Quantité	Montant Total	Part du Débiteur

RECEVEUR DE : CHU MEDIR MOHAMED

TIZI OUZOU LE ,
L'ORDONNATEUR

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE…….. 1

CHAPITRE I : L'IMPORTANCE DE LA CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN…… 9

Introduction…….. 10

Section 1: Les fondements théoriques et conceptuels de la contractualisation…… 10

1. Le principe contractuel……. 11

1.1. Définition de la contractualisation…… 12

1.1.1. Un arrangement contractuel……. 12

1.1.2. Contractualisation et privatisation…… 13

1.2. L'analyse de l'hôpital à travers la théorie de l'agence…….. 15

1.2.1. L'anti sélection et le risque moral…… 16

1.2.2. Les coûts d'agence…… 18

2. Le rôle de l'Etat face à la contractualisation…… 19

2.1. La logique des relations contractuelles……. 20

2.1.1. Une relation contractuelle basée sur une délégation de responsabilité…… 20

2.1.2. Une relation contractuelle basée sur un acte d'achat……... 22

2.1.3 Une relation contractuelle basée sur une coopération……... 24

3. Le processus d'élaboration d'une politique nationale de contractualisation……... 25

3.1. Les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle…… 26

3.1.1. La préparation à la contractualisation…….. 26

3.1.2. La formalisation de la relation contractuelle…… 27

3.1.3. La mise en œuvre du contrat…… 27

3.1.4. La fin du contrat……... 28

3.2. Les axes stratégiques de la politique contractuelle……... 29

3.2.1. La politique globale de contractualisation……... 30

3.2.2. La politique contractuelle spécifique……... 32

Section 2 : Organisation du système de soins algérien…… 34

1. L'offre publique de soins……. 34

1.1. Etat des infrastructures publiques de la santé……... 35

1.2. Les Ressources humaines en santé (RH)…….. 41

2. L'offre privée de soins…… 45

2.1. L'émergence du secteur privé…….. 45
2.2. L'hôpital au cœur du renforcement du secteur privé……... 49
3. Les mesures concourant à l'amélioration de l'efficacité du système de santé public.. 50
Section 3 : Le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle…… 54
1. Une transition démographique……. 55
1.1. Évolution de la population……... 55
1.2. Structure de la population…… 56
1.3. Mortalité et espérance de vie à la naissance……. 57
2. Une transition épidémiologique……... 60
2.1. Les Maladies Transmissibles……... 60
2.2. Les Maladies non Transmissibles…… 68
Conclusion…… 73
CHAPITRE II : LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE PUBLIC ALGERIEN……. 74
Introduction……... 75
Section 1 : Un système de financement administré : l'Etat providence…… 75
1. Les modèles de financement de la sécurité sociale…….. 75
2. La couverture universelle…….. 80
3. Les différentes approches adoptées pour mobiliser les ressources……. 85
Section 2 : Le financement des hôpitaux public en Algérie……. 90
1. Aperçu et options des différents modes de financement……... 90
1.1. Le financement à la journée…….. 90
1.2. La méthode de financement par budget global……. 92
1.3. Le financement réaménagé……... 96
2. Le nouveau financement basé sur les activités : L'application du système T2A……. 99
2.1. Définition de la tarification à l'activité……. 100
2.2. La construction des Groupes Homogènes des Malades (GHM)……... 104
Section 3 : La comptabilité de gestion à l'hôpital : Le nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) en Algérie……... 111
1. La triple comptabilité hospitalière…… 111
1.1. La comptabilité générale……... 111
1.2. La comptabilité analytique…… 114
1.2.1. La méthode des sections homogènes…… 115

1.2.2. La méthode ABC…….. 120
1.3. La comptabilité budgétaire…… 123
2. Organisation et fonctionnement du système 3 COH……. 126
2.1. Les principales fonctions du système…… 126
2.2. Importation de la situation de départ……. 128
2.3. La formation des usagers du système…… 130
Conclusion……. 132
CHAPITRE III : SÉCURITÉ SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE PUBLIQUE DES SOINS…… 133
Introduction……... 134
Section 1: Le développement du système algérien de sécurité sociale……. 134
1. Architecture du système…… 135
1.1. Les personnes couvertes par le système…… 137
1.2. La modernisation du système de sécurité sociale : introduction de la carte Chifa…….. 138
2. Financement du système national de sécurité sociale……... 139
2.1. Les sources de financement de la CNAS…….. 140
2.2. Les sources de financement de la CASNOS……. 146
Section 2 : La structure des dépenses de santé de la sécurité sociale……... 150
1. Intervention de la sécurité sociale dans la prise en charge des malades hospitalisés... 151
1.1. La sécurité sociale et le forfait des hôpitaux……. 151
1.2. La sécurité sociale et les dépenses des transferts de malades pour soins à l'étranger…… 154
2. Aperçu sur l'évolution des dépenses de remboursement des médicaments et évaluation des mesures prises par l'Etat…….. 156
2.1. Dépendance pharmaceutique à l'importation et nécessité de promotion industrielle……... ……. 163
2.2. L'engagement du gouvernement pour la substitution du princeps par le générique……... 169
Section 3 : Le processus contractuel CNAS-Hôpital…… 176
1. La relation contractuelle en Algérie……. 177
1.1. La contractualisation externe des hôpitaux……... 178
1.1.1. La contractualisation externe verticale……. 179

1.1.2. La contractualisation externe horizontale…… 180
1.2. La politique contractuelle en Algérie…… 181
2. La Facturation directe à l'assurance maladie…… 183
2.1. La facturation "au fil de l'eau" : nouveau défi pour l'hôpital…….. 184
2.2. La réorganisation de la chaîne de facturation……... 186
Conclusion……. 190
CHAPITRE IV : LES CONDITIONS DE MISE EN PLACE DE LA CONTRACTUALISATION DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER : CAS DU CHU DE TIZI-OUZOU…… 191
Introduction……... 192
Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou…….. 192
1. Les Missions du CHU……... 197
1.1. En matière de santé……... 197
1.2. En matière de formation…… 197
1.3. En matière de recherche…… 198
1.4. En matière de Prévention…….. 198
2. Unité Nedir Mohamed et unité Belloua du CHU……. 198
2.1. Unité Nedir Mohamed…….. 198
2.2. Unité Belloua…… 201
2.3. Les ressources humaines et financières……. 203
2.3.1. Les ressources humaines…….. 203
2.3.2. Les ressources financières…… 204
Section 2 : Importance du bureau des admissions dans le processus contractuel……. 206
1. Organisation et fonctionnement du bureau des admissions…….. 206
1.1. Section accueil et admission……. 207
1.2. Section état civil…… 209
1.3. Section mouvement des malades…….. 209
1.4. Section exploitation, facturation et caisse……. 210
1.5. Section archive…….. 210
2. Réhabilitation du bureau des admissions (bureau des entrées)……. 213
2.1. Le logiciel « PATIENT»……... 215
2.2. Le mode de paiement des patients…… 217
Section 3 : Expérience de mise en œuvre du système de triple comptabilité au CHU Nedir Mohamed…….. 220

1. Présentation et missions du centre de calcul……. 220
1.1. Présentation du centre de calcul…… 220
1.2. Les missions du centre de calcul……... 222
1.2.1. La collecte des données…… 223
1.2.2. L'enregistrement des données…….. 223
2. Redynamisation du Système 3COH en 2017…… 225
2.1. Présentation du Tableau de Bord du Logiciel 3COH…… 226
2.1.1. Les résultats en Matière de patrimoine immobilisé……. 227
2.1.2. Les résultats en matière de consommation par service…… 229
2.1.3. Les résultats en matière d'Activités hospitalières…… 231
2.2. Les contraintes remarquées du système 3 COH…… 233
2.2.1. Les principales actions prévues au niveau du CHU de Tizi-Ouzou……. 234
2.2.2. Les principales actions prévues au niveau de la DSP…….. 235
Conclusion……. 235
CONCLUSION GENERALE…… 237
BIBLIOGRAPHIE…… 241
ANNEXES…… 257
TABLE DES MATIERES…… 268

RESUME

En Algérie, la culture de la santé publique, issue d'une vision humaniste de protection médicale centrée sur l'individu, entre dans l'ère de l'obligation de moyens, de l'indemnisation des risques et de la rentabilité en termes de coût/efficacité.
Le processus de contractualisation des relations entre les hôpitaux et la caisse nationale des assurés sociaux constitue le socle des réformes de financement engagées par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
Toutefois, si les avantages d'un recours à la contractualisation sont nombreux, il faut aussi souligner les difficultés, les réticences et les enjeux politiques. Enfin, il ne faut jamais sous-estimer qu'un recours massif à la contractualisation demande des compétences techniques qui ne sont pas toujours présentes dans le monde hospitalier public actuel.
Mots clés : contractualisation, financement, hôpital public, sécurité sociale, Algérie.

ABSTRACT

In Algeria, the culture of public health resulting from a humanist vision of medical protection centered on the individual enters the era of the obligation of means, the compensation of the risks and the profitability in terms of cost /efficiency.
The process of contractualizing relations between the hospitals and the National Social Insurance Fund is the foundation of the funding reforms initiated by the Ministry of Health, Population and Hospital Reform.
However, if there is much recourse to contractualization, it is important to underline the difficulties, referrals, and political issues. Finally, it should never be underestimated that massive recourse to contracting requires technical skills that are not always present in the current public hospital world.

Keywords: contracting, financing, public hospital, social security, Algeria.

ملخص

في الجزائر، ثقافة الصحة العامة الناتجة عن رؤية إنسانية للحماية الطبية تتمحور حول الفرد، تدخل في عصر الالتزام بالوسائل، وتعويض المخاطر والربحية من حيث التكلفة / الكفاءة.

إن عملية التعاقد على العلاقات بين المستشفيات وصندوق التأمين الاجتماعي الوطني هي الأساس في إصلاحات التمويل التي بدأتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ومع ذلك، إذا كان هناك الكثير من اللجوء إلى التعاقد، فمن المهم التأكيد على الصعوبات والإحالات والقضايا السياسية.

أخيراً، لا ينبغي أبداً التقليل من أهمية أن اللجوء إلى التعاقد الهائل يتطلب مهارات تقنية ليست موجودة دائماً في عالم المستشفيات العامة الحالي.

الكلمات المفتاحية: المقاولات، التمويل، المستشفيات العامة، الضمان الاجتماعي، الجزائر.