

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences économiques

Spécialité : Economie de la Santé

Thème

**La contractualisation des relations
entre les bailleurs de fonds et le
système de soins : Quête de rationalité.
Cas de CHU de Tizi-Ouzou**

Présenté par :

**MANI Ali
MOKHTARI Tassadit**

Encadré par :

M^r.SALMIM

Devant les membres du jury :

**Présidente : M^{me}.ANNANE.S
Examinatrice : M^{me} LOUGGAR.R
Rapporteur : M^r. SALMIM**

**MAA à UMMTO.
MAA à UMMTO.
MCA à UMMTO.**



Remerciements

On remercie tout d'abord le bon Dieu, le tout puissant qui nous a donné le courage tout au long de notre étude.

Notre gratitude, notre profond respect et nos remerciements les plus vifs s'adressent tout particulièrement à :

Notre promoteur **Mr SALMI.M** pour son aide précieuse et ses conseils avisés, autant que pour sa disponibilité et pour le temps qu'il nous a consacré pour réaliser ce travail

Nos remerciements s'adressent également aux membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepter d'évaluer notre travail

Enfin, on remercie tous ceux qui nous ont accordé leur aide et leur soutien, de près ou de loin, pour la réalisation de ce travail.

Dédicaces

A NOS CHERS PARENTS

A NOS FAMILLES

A NOS AMI (ES)

Listes des signes et abréviations

3 COH : Le système de triple comptabilité hospitalière

CASNOS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNAS : Caisse Nationale d'Assurances Sociales

CR : Centre de Responsabilité

DAPM : Direction des Activités Paramédicales et Médicales

DAS : Direction d'Action Sociale

DNS : Dépenses Nationales de Santé

DOTS: Directe Observed Treatment Short-Cours

DSP : Direction de la Santé et de la Population

EHS : Etablissement hospitalier spécialisé

EHU : Etablissement Hospitalo-Universitaire

EPH : Etablissement Public Hospitalier (EPH),

EPSP : Etablissement Public de Santé et de Proximité

GHM : Groupe Homogène de Malades

HAD : Hospitalisation à Domicile

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

PEH : Projet d'Etablissement Hospitalier

PIB : Produit Intérieur Brut

SA : Section d'Analyse

SIH : Système d'Information Hospitalier

SSU : Secteur Sanitaire Universitaire

T2A : Tarification à l'Activité

UO : Unité d'Œuvre

Sommaire

Introduction générale	1
Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation	5
Introduction du chapitre.....	5
<i>Section I : Présentation du système de santé algérien et son évolution.....</i>	<i>5</i>
<i>Section II : Les principales réformes mises en œuvre pour le système de sante en</i> <i>Algérie</i>	<i>17</i>
<i>Section III : Le cadre conceptuel de la contractualisation</i>	<i>23</i>
Conclusion du chapitre	36
Chapitre II : Cadre opérationnel de la contractualisation	37
Introduction du chapitre.....	37
<i>Section I : Le projet d'établissement : conditions préalables à la mise en place de la</i> <i>contractualisation</i>	<i>37</i>
<i>Section II : Les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle</i>	<i>46</i>
<i>Section III: La politique nationale de santé et la politique nationale de</i> <i>contractualisation</i>	<i>56</i>
Conclusion du chapitre	67
Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou	69
Introduction du chapitre.....	69
<i>Section I : Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou.....</i>	<i>69</i>
<i>Section II : Sous direction des activités de santé</i>	<i>80</i>
<i>Section III : Mise en œuvre de la contractualisation au CHU de Tizi-Ouzou</i>	<i>93</i>
Conclusion du chapitre	96
Conclusion générale.....	97

Dans le monde, les populations aspirent à une meilleure santé. Chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation afin de répondre au mieux à la demande de santé.

Tout système de santé répond à deux questions fondamentales ; d'une part comment permettre aux individus d'obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie et de pouvoir couvrir les frais engagés par les soins et de l'autre part comment organiser l'offre de soins.

Le système national de santé est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Il est organisé de manière à pouvoir prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de façon globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire. Il est conçu dans l'objectif d'améliorer la santé des populations, l'équité et la capacité de répondre aux attentes légitimes des populations.

En Algérie, l'accès aux soins est un droit pour chaque individu. C'est à l'Etat qu'il revient de garantir aux personnes, quel que soient leurs moyens financiers, leurs lieux de résidence et leurs origines, l'accès à des soins de qualité dans le cadre de la solidarité nationale.

Le système de santé en Algérie est financé principalement par l'Etat et la sécurité sociale comme étant agents de financement traditionnels. Il est caractérisé par la coexistence de deux principaux acteurs. D'une part, un secteur public dominant, sous tutelle de l'Etat, qui assure toutes les fonctions de ce système (financement, prestations, régulation, etc.). D'une autre part, un secteur privé à but lucratif, peu développé, caractérisé par son fonctionnement indépendant et autarcique.

La constitution algérienne consacre un champ de responsabilité dévolu à l'Etat. Elle dispose à cet effet de son article 54, qui stipule que : *"Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la promotion et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques."*¹

Le système de santé algérien et surtout le système de sécurité sociale doivent résoudre plusieurs contraintes principalement l'augmentation des dépenses de santé et la répartition géographique de l'offre de soins afin d'assurer un meilleur accès aux soins. De ce fait, il se trouve contraint de faire face à des coûts de prise en charge importants, mais

¹ Constitution algérienne, article 54, consulté le 25/09/2018

surtout doit adapter son offre de soins à la nouvelle demande en termes de personnel et de structures sanitaires.

Le système de santé algérien reste insuffisamment performant², il souffre en effet de multiples problèmes notamment :

❖ Au niveau de la qualité des prestations :

La dégradation de la qualité des services (files d'attentes, mauvaises conditions d'accueil des patients, notamment aux urgences, inégalités géographiques d'accès aux services de soins, etc.) et les dysfonctionnements qui caractérisent les établissements de soins publics (manque de personnels soignant, notamment les spécialistes, dégradation de l'état du matériel aggravé par un défaut de maintenance, etc.).

❖ Au niveau du financement :

La contrainte de financement est de plus en plus problématique : insuffisance de la part du budget de l'Etat alloué à la santé, manque d'alternatives de financement, manque d'efficacité, de transparence et de traçabilité dans l'affectation des moyens de financement.

Les dépenses de santé augmentent de plus en plus dans le monde, en particulier dans les pays en développement, d'où la nécessité de mettre en place des moyens de financement pour en faire face.

La situation économique actuelle défavorable que connaît l'Algérie engendre un tarissement des ressources. Tandis que, la demande de soins ne cesse d'augmenter, favorisée par les transformations démographiques, sociales et épidémiologiques. Tous ces facteurs ont conduit les pouvoirs publics à remettre en question les modalités de financement du système de santé, pour y remédier, il faut faire appel à d'autres moyens de financement en l'occurrence la contractualisation qui a pris naissance à partir de l'année 1992.

De ce fait, notre travail porte un grand intérêt à étudier la contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds représentés par les caisses de la sécurité sociales et le système de soins représenté par les établissements publics de santé et plus particulièrement le CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou, nous avons essayé de dégager les facteurs qui entravent la mise en place de la contractualisation.

Ainsi, notre problématique peut se formuler comme suit :

² Kaddar M : « les réformes des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : contexte, succès et défis actuels », communication présentée au colloque international sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement, Bejaia, 13-15 novembre 2006.

Problématique :

Comment devrait être la relation entre les bailleurs de fonds et le système de soins dans un processus contractuel?

De même, quelques questions s'imposent :

- Quel est le cadre normatif de la contractualisation ? Et comment est-elle conçue en Algérie ?
- Quels sont les obstacles qui entravent le bon déroulement des relations contractuelles entre les bailleurs de fonds et le système de soins ?
- La contractualisation est-elle considérée comme une solution aux contraintes financières et organisationnelles des établissements de santé en Algérie ?

Hypothèses :

- ✓ Pour maîtriser la contractualisation, il est important de suivre le modèle conçu par l'OMS.
- ✓ L'absence d'une volonté politique et la faible concertation entre les acteurs peuvent freiner la mise en œuvre de la contractualisation.
- ✓ La contractualisation des relations entre les principaux acteurs du système de santé permet d'atteindre une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources disponibles et assurer un bon fonctionnement des établissements de santé.

Objet de la recherche

Il s'agit dans ce travail de recherche, d'étudier et d'analyser la relation contractuelle entre les bailleurs de fonds et le système de soins en Algérie

Dans ce travail de recherche, nous avons tenté de répondre à la démarche suivante :

- ✓ D'abord, une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques et réglementaires du système de santé (organisation et financement). Plusieurs bibliothèques universitaires ont été visitées à savoir : université de Bejaia Abderrahmane mira, université de Tizi-Ouzou et l'institut national de planification et de statistique(INSP). De plus, nous avons réalisé une recherche documentaire et une collecte de données relatives au thème auprès des organismes suivants : le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH)
- ✓ Ensuite, un état des lieux au sein du CHU Tizi-Ouzou.

Structure du mémoire

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en trois chapitres.

Le premier chapitre sera consacré à donner une brève présentation sur le système de santé algérien, son évolution et les modalités de financement. Ensuite, il abordera les réformes mises en œuvre pour le système de santé. Enfin, il évoquera le cadre conceptuel de la contractualisation.

Quant au deuxième chapitre, il nous conduira à mettre en évidence les conditions du processus contractuel. Il s'étalera ensuite sur les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle telles qu'elles sont décrites par l'OMS. Enfin, il traitera les différentes étapes de l'élaboration d'un document de base d'une politique contractuelle.

Dans le troisième chapitre, qui portera principalement sur notre étude de cas, ou nous tenterons de faire une analyse empirique approfondie, d'un cas d'établissement public hospitalier. Il s'agira d'abord de présenter et d'analyser le cadre institutionnel et organisationnel du Centre Hospitalo-Universitaire NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou et enfin, présenter et analyser le processus contractuel.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

Introduction :

Selon l'OMS, le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.¹

Berman (1995) définit le système de santé comme étant « un processus qui intègre un changement institutionnel et structurel profond et soutenu par le gouvernement, et visant la réalisation d'une série d'objectifs politiques explicites ». Si on s'intéresse aux objectifs, le système de santé se définit comme « un changement soutenu et déterminant pour améliorer l'efficacité, l'équité et l'efficience du secteur de la santé ».²

Le système de santé algérien se trouve encore en mutations. Les responsables cherchent encore une meilleure organisation qui permettra de réaliser à la fois un double objectif : rationalisation des dépenses et amélioration de la qualité de la prestation.

Dans le présent chapitre, nous tentons de faire une description du système de santé algérien, son évolution, ensuite nous présentons l'organisation des structures de santé et enfin, nous allons mettre l'accent sur le cadre conceptuel de la contractualisation.

I-Présentation du système de santé algérien et son évolution :

A l'instar de nombreux pays, l'Algérie dispose d'un système de santé lié essentiellement à son contexte historique, économique et socioculturel. De ce fait, elle a connu une série de réformes concernant ce secteur afin de répondre au mieux aux besoins de la population.

1-Le système de santé algérien :

Un système de santé est la combinaison de ressources, de l'organisation, du financement et de la gestion aboutissant à la prestation de services de santé à la population.³

La loi sanitaire définit le système national de santé algérien comme « *un ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la*

¹ OMS, les systèmes de santé, disponible sur le site <http://www.who.int>. Consulté le 10/09/2018.

² ZEHNATI A, « Les évolutions récentes du système de santé algérien » CREAD, P123

³ Bejean S, Economie du système de santé : du marché à l'organisation » Ed ECONOMICA, Paris, 1994, P56

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

*population en matière de santé de manière globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire ».*⁴

Le système national de santé est caractérisé par :

- La prédominance et le développement du secteur public ;
- Une planification sanitaire qui s'insère dans le processus global du développement économique et social national ;
- L'inter sectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé ;
- Le développement des ressources humaines, matérielles et financières en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matière de santé ;
- La complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation ;
- Des services de santé décentralisés, sectorisés et hiérarchisés, en vue d'une prise en charge totale des besoins sanitaires de la population ;
- L'organisation de la participation active et effective de la population à la détermination et à l'exécution des programmes d'exécution sanitaire ;
- L'intégration des activités de santé quelque soit le régime d'exercice.⁵

2- Evolution des modes de financement du système de santé algérien :

L'Algérie a connu différents modèles de financement depuis l'indépendance à nos jours, mais aujourd'hui, le modèle actuel n'arrive pas à combler les exigences financières en constante augmentation du secteur public, ainsi que le manque de moyens lié au vieillissement des équipements et des infrastructures.

La présente réflexion vise à faire une rétrospective sur le financement de la santé en Algérie, en rappelant les différentes modalités fortement liées aux évolutions de l'économie nationale⁶.

2-1- Période de financement mixte (1962-1974)

En héritant du système de santé colonial, la jeune Algérie a reconduit les modalités de financement du système Français caractérisé par un financement mixte :

⁴ La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, *relative à la protection et à la promotion de la santé*, article 04.

⁵ La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, *relative à la protection et à la promotion de la santé*, article 05.

⁶ CHACHOUA.L. Colloque international sur les politiques de santé. Le système national de santé 1962 à nos jours, Alger, MSPRH, 2014, P. 14

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

- L'accès aux soins des assurés sociaux des multiples régimes se faisait sur la base d'une nomenclature générale des actes professionnels et le prix de journée en cas d'hospitalisation.
- Le trésor public prenait en charge les indigents.
- Les particuliers (couches aisées et les professions libérales) payaient directement leurs soins.

Depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics en Algérie se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée "prix de journée" déterminé conjointement entre les départements (wilayas) et les organismes de sécurité sociale.

Les recettes des hôpitaux étaient constituées par les paiements effectués par :

- Les organismes de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayant droits (environ 30% DNS).
- L'État 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 payaient directement leurs soins (10% DNS)⁷.

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 ». 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, parce qu'ils ne se considéraient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la sécurité sociale. La croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter.

Malgré ses inconvénients, ce système a fonctionné pendant près de 10 ans, parce qu'il a permis, notamment, de financer la rénovation de l'hôpital.

⁷ BOULAHRIK Mohand, *Financement du système de santé Algérien*, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 2016, N° 33, p 03.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

Ainsi, si l'expansion économique des trente glorieuses a permis des avancées considérables en matière sanitaire et sociale, elle a toutefois entériné un contexte dans lequel les préoccupations des gestionnaires s'effaçaient devant la prépondérance de la logique professionnelle à l'exception de la Sécurité sociale, ils étaient tous gagnants : les malades ; les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans véritable souci de l'économie nationale⁸.

2-2-Période de gratuité des soins « dotation global » (1974-1988) :

En vertu du système socialiste adopté par le pays, qu'est née une volonté politique visant la construction d'un système national de santé analogue à celui fonctionnant dans les pays socialistes qui constituaient une référence pour l'Algérie

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, surtout pour les plus démunis. L'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source de financement des services de santé. Les dépenses de santé s'élevaient en 1973 à 874 millions de DA et représentaient environ 1,6 % (PIB).

Pour leur fonctionnement, les hôpitaux recevaient un budget global, préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire. Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux.

La mise en place de la procédure de budget global en Algérie 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.

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 cette effet de levier qu'offre le budget plafonné. Le principal inconvénient de ce mode de financement est le manque d'incitation à l'efficacité, notamment sur les points suivants : la qualité des soins, la performance en termes d'efficacité des établissements et l'accès aux services⁹.

⁸ ZEHNATI Ahcène, Reflets de l'économie sociale, *Les Évolutions récentes du système de santé Algérien*, Alger, CREAD, Centre de recherche en économie appliquée pour le développement, 2017, P. 65.

⁹ ZEHNATI Ahcène. Op.cit., p. 66, 67.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

2-3- Période de réaménagement (1988-1998) :

Il est caractérisé par contribution des ménages dans les dépenses de leurs soins et de mise en œuvre de nombreuses reformes sanitaires.

A partir de 1988, le pays a connu une grave crise économique traitée par l'application d'un sévère plan d'ajustement structurel où l'ancien mode de financement basé sur la gratuité des soins est devenu non opérationnel, rendant le financement du système problématique. Une série de premières reformes a été engagée et a porté sur les éléments suivants :

- Révision de la gratuité des soins et de la prédominance du secteur public.
- Levée du blocage institutionnel du privé qui depuis va connaître une croissance rapide et un tant soit peu anarchique sans carte sanitaire et sans encadrement de fonctionnement et de prix pratiqués.
- Démonopolisation du marché des médicaments et des équipements médico-techniques avec une apparition rapide d'opérateurs privés essentiellement dans l'importation et dans la production locale assez timide, n'ayant pas encore atteint un niveau respectable.
- La participation financière des usagers était en progression avant d'atteindre le pic de la crise économique de 1988, par l'arrêt définitif de la distribution gratuite des médicaments en médecine ambulatoire depuis 1985, ainsi que la participation des usagers à hauteur de 20% du cout des examens, explorations et analyses depuis 1986.

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 80.

L'inflation, la dévalorisation des unités monétaires, l'endettement sont de nouveaux défis pour l'État qui devient incapable de prendre en charge l'ensemble des problèmes sociaux qui sont déjà très coûteux. 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.
- A la même date il a été enregistré que la participation de l'État était de 20 %(DNS)
- Celui de la sécurité sociale de 60,3 %. (DNS)

Durant la période où la crise économique a atteint son paroxysme à partir du début des années 90, l'État a introduit en janvier 1995, une participation financière des usagers, dans

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

les établissements publics de santé. Les tarifs qui étaient fixés par arrêté interministériel du 07 janvier 1995 à 50DA pour une consultation de soins généraux sont passés à 100DA. Le prix des consultations spécialisées qui était de 100DA 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. Le tableau suivant renseigne sur l'évolution du financement de santé selon les agents de financement¹⁰.

Tableau 1 : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (1970-1999)

Unité : Milliards de DA

Agents de financement	1970	1980	1990	1996	1999
ETAT	0,3	1,9	10,9	30,5	38,5
S.SOCIALE	0,1	3,1	14,2	57,8	70,2
MENAGES	-	1,8	6,6	21,0	25,0
TOTAL	0,4	6,8	31,7	109,3	132,7
DNS/PIB	1,7	4,2	5,7	4,3	4,2

Source : Elaboré par Ahcène ZEHNATI, sur la base des budgets du Ministère de la Santé, de la sécurité sociale et des estimations basées sur des moyennes de Consultation auprès du secteur privé.

*Les données sont celles des CNS élaborées par le ministère de la santé.

On remarque une évolution notable de la dépense nationale de santé par rapport au PIB, avec une très forte contribution de la sécurité sociale.

2-4- Période de croissance (1999-2014) :

Grace au renchérissement des prix des hydrocarbures durant la décennie 2000 et jusqu'à 2014, l'Algérie a continué d'enregistrer une croissance économique positive : Le PIB a progressé en moyenne annuelle de près de 5% durant cette période. Bien qu'il y ait encore de grandes disparités entre les revenus et les régions, il faut reconnaître que le pouvoir d'achat de nombreuses couches d'algériens s'est amélioré jusqu'à les inciter à

¹⁰ZEHNATI Ahcène. Op.cit., p. 66- 67

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

avoir souvent recours aux services de santé du secteur privé. Ce dernier a connu une rapide expansion notamment dans sa composante hospitalière (cliniques) et médico techniques (appareillage médical avec des technologies de pointe, IRM, scanners de dernière génération, centre de radiothérapie, laboratoire d'analyse...).

En 2013 on a dénombré près de

- 20 000 cabinets médicaux privés.
- 170 cliniques spécialisées avec hospitalisation disposant de 2.200 lits.
- 160 centres d'hémodialyse.
- 56 cliniques chirurgicales ophtalmologiques et ORL.
- 4 centres d'appareillages médicaux.
- 2 centres de diabétologie.
- 3 centres de rééducation fonctionnelle.
- 800 centres de soins généraux.
- 300 entreprises de transport médicalisé.
- 16 centres de procréation médicalement assistée.
- 36 laboratoires d'analyses médicales¹¹.

Le secteur privé s'est considérablement développé en dehors d'une carte sanitaire et de normes réglementaires d'encadrement de la nature des soins et des activités à prendre en charge, son développement s'est opéré selon la sacro-sainte règle de rentabilité financière.

Quant au secteur public, il n'a pas connu de développement significatif pour répondre à une demande de santé en forte croissance notamment pour les maladies émergentes (cancer, diabète, maladie cardio-vasculaire, accouchements compliqués,)

Ce sont les populations rurales, celles des régions du sud et des quartiers défavorisés des villes qui éprouvent des difficultés à accéder aux services spécialisés des hôpitaux publics en insuffisance criarde d'équipements, de médecins spécialisés et de médicaments.

Conséquemment aux facteurs précédemment expliqués, la dépense nationale de santé des ménages a continué à croître. Les résultats de la dernière étude sur les comptes nationaux de la santé de l'Algérie montrent une forte croissance de cette dépense notamment à partir de 2011¹², comme le démontre le tableau qui suit.

¹¹ Statistique MSPRH 2012/2013, disponible sur le site www.sante.gov.dz, consulté le 29/09/2017

¹² ZEHNATI Ahcène. Op.cit., p. 68, 69

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

Tableau 2 : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (2011-2012)

Unité : Milliards de DA

Agents de financement	2011	%	2012	%	Évolution (%) 2011/2012
État	376,2	44,3	404,8	44,3	7,6
Sécurité-social	186,0	21,9	195,0	21,3	4,8
Ménages	214,2	25,2	226,2	24,7	5,6
Assurances	1,0	1,0	1,5	0,3	50,0
Mutuelles	6,0	0,7	7,0	0,7	16,7
Secteur médicale privé	60,01	7,0	70,0	7,7	16,7
Entreprises économiques privée	0,5	0,1	0,7	0,1	40,0
Entreprise économiques publiques	5,0	0,6	8,0	0,8	60,0
Coopération international	0,8	0,1	0,9	0,1	12,5
TOTAL DNS	849,7	100	914,1	100	7,6

Source : construit par Ahcène ZEHNATI sur la base de données ONS, MSPRH, Sécurité Sociale et estimations.

Entre 2011 et 2012, la part des dépenses de santé des ménages a progressé de 5,6%, dépassant la progression de la sécurité sociale qui est de 4,8%. Ce qui est jugé anormal.

2-5- Situation sanitaire actuelle et condition de santé de la population :

Le système de santé algérien doit s'adapter à deux transitions concomitantes : transitions démographiques et épidémiologiques.

La transition démographique est complexe et se traduit par une croissance rapide de la population, couplée d'un vieillissement sensible, avec une forte progression de la tranche des 60 ans et plus. Dans le même temps, la tranche des moins de 15 ans, dont la croissance reste continue, représente encore une part très significative de la population.

D'un point de vue épidémiologique, le pays est confronté à la fois aux priorités sanitaires des pays en développement et celles des pays développés ;

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

- Des mortalités maternelles et infantiles encore anormalement élevées.
- Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de certaines maladies infectieuses oubliées (hydrique, tuberculose,)
- Une augmentation régulière et soutenue des pathologies digestives, cardio-vasculaires, diabète, asthme,)
- Une augmentation alarmante des pathologies graves et très lourdes à prendre en charge (cancer, maladies métaboliques...)
- Une forte prévalence des accidents domestiques et de la route qui nécessitent la prise en charge des traumatismes lourds avec d'importants moyens chirurgicaux¹³.

À titre indicatif, les premières causes de décès actuels sont : les cancers, les traumatismes (morts violentes, liées essentiellement aux accidents de la route), les maladies cardio-vasculaires, et les infections périnatales*.

Les transitions épidémiologiques et démographiques imposent au système de santé algérien de se transformer à nouveau pour assumer les nouvelles pathologies et les nouveaux patients, rendant indispensable une évolution structurelle de ce système, en particulier sur son volet financier et organisationnel.

Un plan national santé a été présenté en 2006, puis actualisé en 2008, afin de moderniser la santé et la rendre plus efficace. Cependant, ce plan n'a pas fait l'objet d'une évaluation factuelle et transparente des réalisations et des résultats obtenus à mi-parcours.

- En 2006, 38 programmes de santé publique ont été lancés, dans le coût a été évalué après de 200 milliards de DA financés à horizon 2009, avec une volonté « d'évaluation à mi-parcours » non datée de ces programmes.
- En 2012, cette évaluation n'a pas encore été réalisée, ou du moins ses résultats n'ont pas été rendus publics. Cette évaluation est un pré requis essentiel tant pour la poursuite des réformes que pour valider ses axes de refonte du système de santé.

On enregistre aussi un accès inégal aux soins pour les citoyens, tributaires de leurs positionnements géographiques et de leurs moyens.

- Une implantation inégale des infrastructures hospitalières sur le territoire avec une surconcentration en zone littorale et urbaine, à laquelle s'ajoute un retard relatif par

¹³Rapport NABNI 2020, Cinquante chantiers de rupture pour bâtir l'Algérie de 2020, Alger, NABNI, 2013, disponible sur le site, www.nabni.org, consulté le 01/10 /2017.

*la transmission des infections de la mère à l'enfant

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

rapport aux pays du benchmark en matière d'infrastructures de base et de ratio lits hospitaliers/ habitants :

- Une couverture médicale disparate (ex : 1,52 médecins pour 1000 hab. dans le Centre 0,81 pour 1000 hab. dans le Sud Est ; 1 spécialiste pour 733 hab. à Alger, contre 1 spécialiste pour 12 827 pour Djelfa).
- Des populations rurales qui sont encore à une distance géographique élevée des infrastructures hospitalières et se sentent dès lors délaissées.
- Une part du reste à charge des ménages qui, au dire d'experts, dépasserait les 40% de la dépense en santé et creuse de fait les inégalités d'accès. On constate également une structure de la Dépense Nationale de Santé (DNS) déséquilibrée avec une part des ménages de près de 30%, celle de l'État à 40% et les 30% restants à la charge de l'Assurance Maladie.
- Selon les experts, une prépondérance des spécialistes au détriment des généralistes, avec un recours quasi systématique au spécialiste en première intention de consultation.
- Des ruptures récurrentes et de longue durée dans l'approvisionnement en médicaments et en produits de santé¹⁴.

L'efficacité du système de santé algérien demeure faible à la vue de l'état sanitaire des Algériens par rapport à des pays à revenu comparable, malgré les moyens relativement importants qui ont été mobilisés. La part du PIB actuellement consacrée à la santé reste relativement faible en Algérie (près de 6% en 2010), comparée aux pays du benchmark et aux standards internationaux (entre 7 et 10%).

3-Analyse de l'offre de soins :

La santé publique a pour objectif d'assurer une offre de soins adaptée à la diversité des besoins de santé et la plus grande égalité possible des citoyens face à la maladie. La notion d'offre de soins peut s'appréhender par :

- L'accès aux soins de premier et second recours,
- Les acteurs (professionnels de santé et établissements de santé),
- L'organisation du parcours de soins centrée autour du patient.

¹⁴ Rapport NABNI 2020.Op.cit., p, 36.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

L'organisation de l'offre de soins doit répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Les enjeux géographiques et démographiques doivent donc être pris en compte dans le respect des principes de continuité, de sécurité et coordination du parcours de soins du patient¹⁵.

L'offre de soins (ou capacité de soins) est déterminée en général par la totalité des moyens structurels et humains mis à disposition en intégrant ainsi la majorité des coûts des prestations. L'offre constitue ainsi un élément fondamental et incite aussi la demande. En effet, si l'offre est plus étendue, cela incitera la population à plus d'utilisation de cette offre. Si par contre, l'offre est insuffisante, cela mènera à sous-traiter les prestations pour la population donnée du bassin en question. C'est la raison pour laquelle une bonne détermination de l'offre de soins dans un territoire géo sanitaire donné est indispensable. En principe, l'offre de soins est déterminée par pôle de spécialités et par niveau de hiérarchie de soins. L'adéquation entre l'offre et les besoins de la population peut être comparée à l'aide des indicateurs qui sont les suivants :

- Relation entre le bassin de population couvert et l'offre de soins : nombre de lits, heures de consultations externes, professionnels/ 10.000 habitants par spécialité
- Les soins délivrés par rapport au bassin d'admission, par groupe de spécialités (nombre d'hospitalisations, de consultations, d'actes chirurgicaux/ 10.000 habitants par spécialité.)

On pourrait croire que l'analyse peut s'effectuer par la seule planification sanitaire centrale, selon le nombre, la démographie et les facteurs socio-économiques de la région. Or cette planification ne tient pas compte des facteurs locaux, à savoir, la performance des équipes et l'usage local des capacités de traitement qui peuvent influencer profondément l'offre de soins est à mettre en œuvre au bénéfice de la population.

Il est important de se demander si les hôpitaux classiques (locaux) assurent leurs missions et remplissent leurs fonctions. Dans le cas contraire, on aura une forte affluence des patients qui ne relèvent pas forcément de la fonction d'un CHU par exemple, et ce dernier ne pourra pas se concentrer sur sa mission fondamentale, à savoir : le soin de haut niveau, la formation et la recherche¹⁶.

¹⁵ BENOIT Christine, *Manager un établissement de santé*, 2^e éd, Le Mans, Edition GERESO, 2015, p, 15, 16.

¹⁶Unité d'Appui au Programme Polyclinique GaridiII, disponible sur le site <http://www.pass-ue.dz>. Consulté le 15/09/2017.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

Pour répondre au mieux aux besoins de la population algérienne une réorganisation du système national de santé a été effectuée en 2007, individualisant ainsi les structures hospitalières :

- Un établissement hospitalo-universitaire (EHU),
- Des centres hospitalo-universitaires (CHU),
- Des établissements hospitaliers spécialisés (EHS),
- Des établissements publics hospitaliers (EPH),
- Des établissements publics de santé et de proximité (EPSP)¹⁷.

4- Les sources de financement des hôpitaux

L'actuel système de financement en Algérie est basé sur trois principales sources¹⁸ :

- L'État
- La sécurité sociale
- Les Ménages

4-1- L'État

Garant de la santé du citoyen, il alloue des ressources considérables, il assure à la fois le budget de fonctionnement des hôpitaux mais aussi les budgets d'investissements.

Toutefois, dans le contexte actuel de déficits budgétaires, l'État éprouve des difficultés dans la mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé. Il est attendu que la sécurité sociale soulage de ce goulot d'étranglement dans lequel se retrouve l'état algérien des suites de la crise économique qui touche le pays.

4-2- La sécurité sociale

C'est un régime obligatoire unifié, couvrant plus de 70% de la population, ses dépenses sont de trois natures,

- Le forfait hôpitaux,
- Le financement des malades algériens transférés pour des soins à l'étranger,
- Le remboursement des frais médicaux et des produits pharmaceutiques.

Nous allons nous intéresser plus aux dépenses liées aux forfaits des hôpitaux qui constituent une source financière pour les établissements publics de santé, et qui devraient être revus en hausse, dans un cadre contractuel et préétabli avec les hôpitaux publics. Sauf

¹⁷ MSPRH, *organisation sanitaire*, disponible sur le site www.sante.gov.dz, consulté le 29/09/2017.

¹⁸ LAMRI, M. *Le gestionnaire*. Op.cit. P. 27.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

qu'il existe actuellement une discordance dans la tarification des actes entre les établissements de santé et la sécurité sociale ce qui s'ajoute à l'absence totale d'un réseau de communication entre ses derniers qui retardent fortement le processus de contractualisation¹⁹.

4-3- Les ménages :

Insignifiant avant 1974, ce poste de dépenses a rapidement évolué, encouragé notamment par la levée des obstacles institutionnels à l'offre privée de santé. La forte pression exercée sur les services publics impliquant une qualité moindre et l'existence de la couverture sociale élargie à des couches sociales fragiles, expliquent ce développement du secteur privé²⁰.

II- Les principales réformes mises en œuvre pour le système de santé en 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 (MSPRH), 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 de 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 systèmes de santé²¹. Parmi ces réformes on trouve :

1. Réforme hospitalière

L'hôpital est une institution dont l'objectif est de soigner et si possible de guérir des malades. Il est en quelque sorte un producteur de santé, et il est abusif de l'assimiler à une industrie car il ne maîtrise aucune de ses entrées. Il assure deux fonctions : une fonction d'accueil et une fonction technique qui prédomine de plus en plus. L'efficacité d'un hôpital dépend de sa capacité à satisfaire la demande et d'assurer la qualité des soins délivrés. Ceci nécessite la levée des contraintes liées aux ressources humaines, matérielles et financières²².

¹⁹ LAMRI, M, le gestionnaire. Op.cit. P. 28.

²⁰ Ibid.

²¹ Abdelhak SAIHI, op.cit, P243.

²² K. Aissanou and S. Adjabi, Prédiction de la consommation des médicaments au niveau de l'hôpital Khelil Amrane. In : Ier colloque internationale d'économie de la santé, université Abderrahmane-mira de Bejaïa 13, 14, 15 novembre 2006. P1.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

1.1.Définition de la réforme hospitalière :

Nous pouvons la définir comme un processus de normalisation dont l'objectif est la correction des dysfonctionnements constatés dans la production des soins hospitaliers afin que ces derniers soient: conformes, efficaces et satisfaisants pour les patients²³.

1.2.Les grands axes de la réforme hospitalière :

En 2002, le Conseil National de la Réforme Hospitalière a élaboré, après une analyse du système actuel et de ses problèmes, un rapport²⁴ qui énonce les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier, et indique au Ministre et au Gouvernement les mesures les plus urgentes à prendre. Le Conseil a organisée son travail autour de six dossiers « Besoins de santé et demande de soins », « structures hospitalières », « ressources humaines », « ressources matérielles », « financement » et « inter-sectorialité ».

1.2.1. Les besoins de santé et demande de soins :

Cet axe est affirmé comme prioritaire. Cette mise en cohérence entre le système national de santé et son sous système hospitalier a permis d'éviter d'isoler la réforme des établissements hospitaliers de leurs soubassements sociaux, épidémiologiques, financiers et organisationnels. Dans ce dossier, les modalités de la coordination entre les structures de proximité et l'hôpital de secteur d'une part et celles existantes entre les hôpitaux de secteurs et les hôpitaux de référence, régional ou national, d'autre part, ont été largement abordés. Pour bien hiérarchiser l'accès aux soins²⁵.

1.2.2. structure hospitalière :

Cet axe est basé sur le principe de confirmer la notion de l'autonomie des structures de soins en renforçant le contrôle de la tutelle, il vise donc à revoir le statut et l'organisation des établissements publics et privés de santé. Cet objectif consiste à introduire des instruments de planification et de régulation financière tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité à travers le renforcement du rôle de l'évaluation des activités médicales et des services hospitaliers ; il s'agit de d'améliorer l'accueil, l'information, l'hébergement, la restauration et la qualité sur tous des soins. Dans une

²³ OUCHTATI M, Op.cit. P109.

²⁴ Le rapport est disponible à l'adresse : <http://www.ands.dz/reforme-hospitaliere/rapportpreliminaire1.htm>

²⁵ Rapport préliminaire du conseil national de la reforme hospitalière. In: <http://www.ands.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm>.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

seconde perspective, la promotion de la coopération et l'intégration de la complémentarité public-privé dans le cadre de la contractualisation²⁶.

1.2.3. ressources humaines :

Cet axe traite deux aspects fondamentaux qui sont la promotion et la valorisation des personnels à travers la révision de leurs statuts, de leurs conditions et modalités d'exercice, de leurs rémunérations, de leur avancement dans la carrière, de leur formation, d'une part et le redéploiement de ces personnels d'autre part. La formation est une véritable urgence pour toutes les catégories de personnels à savoir, les personnels médicaux, paramédicaux, gestionnaires et techniques.

L'objectif visé est la qualification de l'ensemble des personnels par l'adaptation des formations aux référentiels des différents métiers et des différentes professions qui restent à définir. Au-delà, cet objectif implique l'intervention d'autres secteurs tels que, les secteurs de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle ainsi que la définition d'une stratégie et d'un échéancier précis.

1.2.4. Les ressources matérielles

L'accent a été fortement mis sur l'intégration des moyens matériels à l'organisation des soins impliquant un parallélisme entre les moyens et le niveau d'activité, entre la hiérarchisation des soins et la normalisation des moyens.

L'objectif est de donner pour un réseau de soins tous les moyens nécessaires: les aspects liés à la maintenance, aux normes techniques, de sécurité et de qualité, à l'implantation des plateaux techniques et à la formation, complètent. Ce dossier sur le plan de la disponibilité des moyens, a eu égard au vieillissement du parc matériel, une réhabilitation voire une remise à niveau ou un renouvellement s'imposent. Ce dossier prend en charge aussi la réflexion sur les éléments qui pourraient contribuer à l'élaboration d'une politique nationale du médicament²⁷.

1.2.5. Le financement

Les objectifs visés dans cet axe sont principalement, la recherche d'autres sources de financement et la réforme des modalités de financement des hôpitaux dont l'accent a été mis sur le financement contractualisé des activités et non des structures. La mission est donc de revoir les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier soucis l'accès aux soins équitables pour tous les malades, ceci ne peut

²⁶ FOU DI Brahim, op.cit.P124.

²⁷ Rapport préliminaire, Op.cit. In : <http://www.and.s.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm>.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

se réaliser qu'avec la révision des cahiers des charges définissant les objectifs des parties contractuelles (hôpitaux, bailleurs de fonds) et l'identification précise des besoins de santé, les supports d'information (carte CHIFFA) et la gestion avec l'introduction de la comptabilité analytique hospitalière, et l'instauration des activités d'évaluation des dans le but de rationaliser l'utilisation des ressources et finir avec les actes de gaspillage²⁸.

1.2.6. L'inter-sectorialité

Avec le fait que les actions du MSPRH, dépendent en partie d'autres secteurs (Finance, Travail et Sécurité Sociale, Protection Sociale et Solidarité, Enseignement, Formation professionnelle, Collectivités Locales, Environnement, Industrie, Agriculture....). La stratégie en matière de santé doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles parce qu'il est essentiel de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques publiques et aussi de faire en sorte que toutes les activités sectorielles ayant une incidence sur la santé contribuent à la stratégie globale du Ministère. Pour garantir la coordination des activités liées à la santé.

1.3.les objectifs de la réforme hospitalière

Après l'examen de chaque dossier, le Conseil a cherché de donner de réponses aux questions les plus urgentes du système. Le CNRH a indiqué au MSPRH comme prioritaires les objectifs suivants :

- Recentrage et adaptation du dispositif d'offre de soins et d'hospitalisation aux besoins de santé du citoyen en s'appuyant sur un système d'information performant ;
- Donner aux professionnels de santé, quels que soient leurs statuts et leurs responsabilités, les moyens de répondre efficacement aux besoins sanitaires et sociaux;
- Réaffirmation des obligations contractuelles de tous les intervenants dans la santé des citoyens ;
- Affirmation des droits et des devoirs des usagers et de la protection des malades en particulier ;
- Assurer les ressources financières nécessaires au bon fonctionnement des établissements de santé ;

²⁸ FOUDI Brahim, op.cit. P125.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

- Améliorer l'efficacité des dépenses consacrées par la collectivité sous quelque forme aux établissements de santé²⁹.
- Redéfinir le statut des hôpitaux vers une autonomie réelle en rupture avec le statut actuel ;
- Mettre en place une structure de concertation efficace avec l'enseignement supérieur pour revoir de manière fondamentalement novatrice la formation et le perfectionnement des personnels de santé et notamment des spécialistes³⁰.

2. Carte sanitaire :

La carte sanitaire est un instrument de planification qui définit les besoins et fixe les normes. Elle détermine la nature et s'il y a bien, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

La carte sanitaire est arrêtée sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et épidémiologiques, et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins.

2.1. Historique de la carte sanitaire :

En Algérie, une carte sanitaire a été mise en place en 1982, comme principal outil de régulation et de modulation de l'offre publique, dont les objectifs sont : de réduire les inégalités d'accès aux soins et de corriger les disparités régionales existantes. Cette dernière découpait le territoire en 13 régions sanitaires englobant chacune un certain nombre de wilayas et hiérarchise le système de soins en 4 niveaux :

A : soins hautement spécialisés ;

B : soins spécialisés ;

C : soins généraux ;

D : soins de 1er recours.

Paradoxalement aux objectifs censés être atteints à travers la carte sanitaire, son efficacité demeure contestée : « *si l'on examine les résultats de la politique de santé à la lumière de la seule croissance de l'offre globale des moyens sanitaires, réels et financiers*

²⁹ Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne, Algérie. In: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/caimed/unpan018927~1.pdf> .P9.

³⁰ OUCHTATI M, op.cit.P112.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

on aboutis en général à des conclusions pessimistes et à la forte inefficacité productive des moyens les plus onéreux, qui sont affectés³¹».

Cette carte a entraîné la multiplication anarchique voire démesurée de l'offre des moyens matériels des hôpitaux et autres structures de santé. En outre la levée des contraintes liées aux autorisations d'installation et le zoning supprimés dès 1986, et les autorisations d'ouverture de cliniques privées, accordées à partir de 1990. Cette situation anarchique a entraîné la mise à jour de la carte sanitaire³².

Les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires, étaient fixées par le décret exécutif du 2 décembre 1997, décret qui est abrogé depuis la parution du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).

Ce nouveau décret transforme les 185 Secteurs Sanitaires en :

- 189 établissements publics hospitaliers ;
- 273 établissements publics de santé de proximité³³.

Le réaménagement de la carte sanitaire est l'une des nouvelles dispositions entreprises dans le cadre des réformes du système de santé³⁴.

2.2. Les objectifs de la carte sanitaire :

Selon l'article 197 : La carte sanitaire a pour objet de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins et satisfaire de manière optimale la demande de santé. A cette fin, la carte sanitaire détermine l'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Elle fixe aussi les limites des régions ainsi que les réseaux de prise en charge de problèmes particuliers de santé. La carte sanitaire est révisée périodiquement et, de manière obligatoire, tous les cinq ans³⁵.

Cette nouvelle carte est en fait une décentralisation de la gestion des polycliniques et dispensaires qui ne dépendent plus du directeur de l'hôpital de l'ancien secteur sanitaire.

³¹ OUFRIHA.F.Z. les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, CREAD, P97.

³² ABBOU Youcef. Op.cit.P9.

³³ Larbi Abid, Nouvelle carte sanitaire : Les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP, Juillet 2007. In : [http:// www. Santemaghreb.com/Algérie/index.htm](http://www.Santemaghreb.com/Algérie/index.htm).

³⁴ Brahamia B.: Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, op.cit. p 400.

³⁵ MSPRH, Février 2003.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

Ils seront, dans les prochains mois qui viennent, gérés par un conseil d'administration propre et une direction distincte de celle de l'établissement hospitalier de proximité dont l'objectif principal est de maîtriser l'offre de soins pour couvrir les besoins de la population, ainsi la séparation des structures extrahospitalières des structures hospitalières, s'inscrit dans l'objectif du développement de la prévention. La répartition équitable des ressources en tenant compte des besoins réels de la population³⁶.

Dans le nouveau dispositif, les centres hospitaliers se consacrent aux activités curatives et aux prestations sanitaires spécialisées. Les polycliniques ont désormais une autonomie totale dans la distribution de soins de santé de base et dans l'action préventive. Les malades devront trouver dans les EPSP tous les soins de premiers recours demandés et n'auront aucune raison de recourir aux structures hospitalières.

Les EPSP et polycliniques assureront les consultations de la médecine générale ainsi que les consultations de spécialistes pour quelques disciplines médicales. Les polycliniques autour desquels s'organisent les prestations de soins de base et l'action de la prévention, seront dotées de laboratoires d'analyses médicales et de service de radiologie³⁷.

II-Le cadre conceptuel de la contractualisation :

La contractualisation est à l'ordre du jour dans de nombreux pays poursuivant une réforme de leurs systèmes de santé et de protection sociale.

1- Concepts de base de la contractualisation :

La contractualisation trouve ses origines dans la notion du contrat. Dans les relations contractuelles entre détenteurs (bailleurs) de fonds et prestataires de soins, les documents signés par les deux parties portent en général le nom du « contrat », « convention » ou encore « accord ».

- **Définition d'un contrat :**

Le contrat est une notion beaucoup plus proche de l'aspect juridique que économique, mais il est intéressant de donner les deux définitions du contrat.

- **Définition d'un accord :**

L'accord est « un terme générique désignant la rencontre de deux volontés. L'accord permet d'atteindre un arrangement, de conclure une convention, un traité ou tout

³⁶ Karima Mokrani. Disparition des centres de santé et autonomie de gestion pour les hôpitaux et les EPSP. 13Janvier 2008, In : <http://www.djazairress.Com/fr/author>

³⁷ Lila ZIANI, Mohamed ACHOUCHE. Op.cit. P8.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

autre contrat et, plus généralement, de nouer une relation nouvelle à deux ou plusieurs partenaires ».³⁸

- **Définition d'une convention :**

La convention est « une forme d'accord passé entre deux ou plusieurs personnes physiques ou morales pour produire un effet juridique ».³⁹

2- Définition de la contractualisation

« La contractualisation est l'action de contractualiser quelque chose ou quelqu'un »⁴⁰.
« Contractualiser c'est régler un problème avec un contrat, ou attribuer à un employé d'une administration, le statut d'agent contractuel »⁴¹.

2-1- La contractualisation hospitalière :

Selon l'OMS, « la contractualisation est un arrangement (un contrat) qui constitue 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 ». C'est donc une alliance volontaire de partenaires indépendants, qui apporte soit :

- Un surplus ou un avantage.
- Une solution coopérative.

2-2- Les entités concernées par la contractualisation :

Les entités concernées par la contractualisation sont ceux qui interagissent avec l'hôpital dans des cas spécifiques, ils représentent soit, des sources de financement, soit une tutelle, des collaborateurs ou des partenaires potentiels :

- **L'hôpital public :**

L'hôpital est une organisation de production de soins. Il fournit des prestations de diagnostic et de traitement, plus au moins spécialisés qui exigent des plateaux techniques plus au moins sophistiqués. Il fonctionne comme un élément du système national de soins.⁴²

Il est au cœur même de ce système, il a différents statuts et formes d'organisation. Il joue un rôle primordial dans l'offre de soins ambulatoires ou d'hospitalisation. Pour

³⁸ Alain B, Antoine C, Christine D, Anne Mary D : « Dictionnaire de sciences économiques », Ed ARMAND COLIN, Paris, 2007, 2^{ème} Edition.

³⁹ Ahmad S, Jean-Marie A : « Lexique d'économie », Ed DALLOZ, 9^{ème} édition, 2006.

⁴⁰ Dictionnaire, Larousse, disponible sur le site <http://larousse.fr/dictionnaires/français/>. Consulté le 28/10/2018

⁴¹ *Ibid*

⁴² A.BEGHITI ALAOUI et al : "Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital" RABAT, Royaume-Uni, 09/10/2005, p16.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

accomplir son rôle, il est appelé à entrer en relation avec les autres acteurs du système de santé : avec sa tutelle, les fournisseurs, les sous-traitants et avec les bailleurs de fonds.

Du fait de l'absence de lien fort entre ses fonctions et ses ressources humaines et financières, les administrateurs sont tentés d'externaliser certaines fonctions et activités. Les expériences des contrats de maintenance des équipements médicaux ou de sous-traitance de la restauration, du gardiennage et de l'entretien des espaces verts, en sont des exemples clairs sur ce qui est censé procurer à l'hôpital des avantages majeurs. Toutefois, il reste à en évaluer les performances et les coûts réels qui en découlent.

L'hôpital public tente, prudemment, de tenir un « discours » sur la qualité des soins et l'évaluation des activités sans toutefois disposer des données, des outils et des compétences requises. Discours seulement car les résistances sont nombreuses et les incitations faibles notamment du fait du statut des établissements et des personnels. Les principaux obstacles résident dans l'absence de définition et de mise en œuvre de plans stratégiques et dans le peu d'adhésion des gestionnaires et des personnels à la démarche d'évaluation des performances⁴³.

- **La Sécurité Sociale**

Le système de sécurité sociale est actuellement organisé autour de cinq organismes (caisses) couvrant principalement tous les risques : la CNAS et la CASNOS qui couvrent les risques, soins médicaux, invalidité, décès, maternité, les accidents de travail et les maladies professionnelles.

La CNR (caisse nationale des retraites) pour l'assurance vieillesse. La CNAC (la caisse nationale de l'assurance chômage, elle couvre le risque chômage, enfin pour les congés payés sont à la charge de CACOBATH. La totalité de ce régime couvre presque 85% de la population.

- **Le déséquilibre financier des caisses de sécurité sociale :**

A partir des années 90, le problème du décalage entre les dépenses de sécurité sociale et ses recettes commence à apparaître, cela est provoqué par plusieurs facteurs :⁴⁴

- Augmentation du nombre des bénéficiaires non cotisants (ayant droit) ;

⁴³ *Journal d'Économie Médicale. OPCIT.P184.*

⁴⁴ Abderrahmane DJ, " La réalité du système de sécurité sociale Algérien : crise ou conjoncture "Communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, Tizi Ouzou le 17,18 janvier 2010, p 12.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

- Apparition de nouvelles affections chroniques non transmissibles (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires ...) qui nécessitent une prise en charge très coûteuse et qui pèsent lourdement sur la trésorerie de ces caisses ;
- Augmentation des forfaits hôpitaux qui représentent le moyen de financement des structures publiques de santé par la sécurité sociale ;
- Diminution du nombre des cotisants suite aux multiples licenciements et fermetures d'un nombre important des entreprises publiques suite à la crise économique qu'a connu le pays.

C'est un régime obligatoire unifié, couvrant plus de 70% de la population, ses dépenses sont de trois natures :

- Le forfait hôpitaux ;
- Le financement des malades algériens transférés pour des soins à l'étranger ;
- Le remboursement des frais médicaux et des produits pharmaceutiques.

Nous allons nous intéresser plus aux dépenses liées aux forfaits des hôpitaux qui constituent une source financière pour les établissements publics de santé, et qui devraient être revus en hausse, dans un cadre contractuel et préétabli avec les hôpitaux publics. Sauf qu'il existe actuellement une discorde dans la tarification des actes entre les établissements de santé et la sécurité sociale ce qui s'ajoute à l'absence totale de communication, du fait de l'inexistence d'un système d'information bilatéral (entre l'hôpital et les organismes de la sécurité sociale) qui retardent fortement le processus de contractualisation⁴⁵.

La participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays. Durant les années 70, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 23,49%, cette faible part s'explique par la place occupée par l'Etat qui, en raison des excédents financiers de l'époque, couvrait une part importante des dépenses de santé (76,51%). Cependant, la sécurité sociale a vu son rôle renforcé, puisque sa part dans les dépenses totales de santé a augmenté au fil des années et, en raison de la crise qu'a connue le pays (fin 80 et début 90), la sécurité sociale a pris donc le relais pour soutenir le budget de l'Etat et pour intervenir d'une manière plus renforcée.

A partir de l'année 1999, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé.

⁴⁵LAMRI, M, le gestionnaire. Op.cit. P. 28.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

Cette situation est le fait de l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières où le prix du baril de pétrole a connu des augmentations continues atteignant 28,9 dollar en 2003 à 65,40 dollar en 2006.

De plus, les dépenses des ménages commencent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé algérien, elles représentent en 2005 un quart des dépenses totales de santé. Les patients algériens ont de plus en plus recours au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages.

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

Quant au financement du secteur privé, les prestations de ce dernier sont en grande partie à la charge du malade, à l'exception de la chirurgie cardiaque et de l'hémodialyse qui sont remboursés à des taux très inférieurs aux montants payés. Ce secteur reste donc difficile d'accès, pour une grande partie de la population.⁴⁶

- **L'Etat**

Représenté par ses organes de décision et de gestion qui sont les ministères et organismes publics. Profondément centralisateur et hiérarchique, il assume à la fois des fonctions de régulation et de décision politique mais aussi des fonctions de gestion et de mise en œuvre des politiques définies.

Vis-à-vis du secteur de la santé, il décide de la politique de santé et de protection sociale, de la régulation mais aussi de l'investissement, du financement, de l'affectation des cadres et de la gestion des structures publiques. Il exerce de fait, et en dernier ressort, une tutelle directe sur les établissements publics de santé et les organismes de la sécurité sociale.

Son principal souci est le maintien des équilibres socio-institutionnels en place. Et ce, par son implication directe dans la décision et dans la gestion des structures et des hommes à la tête des établissements sanitaires et organismes de sécurité sociale, son rôle

⁴⁶ NOUARA KAÏD, T. « 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'état en sciences économiques, université d'Alger, 2003.p.88

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

d'arbitre entre les protagonistes et de garants de la protection de la santé des citoyens est largement compromis.

La contractualisation vise à soulager l'effort de financement de l'Etat envers les établissements de santé en lui accordant un nouveau rôle de régulateur du secteur de la santé⁴⁷.

2-3-Les objectifs de la contractualisation :

Elle permet de :

- Définir les orientations stratégiques de l'établissement sous forme d'un schéma régional de l'organisation sanitaire
- Prévoir les détails de mise en œuvre des objectifs et des moyens requis dans les fonctions du secteur sanitaire
- Mettre en place les éléments financiers et humains nécessaires au développement des établissements hospitaliers
- Apporter une plus grande efficacité dans l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé
- La maîtrise des dépenses de santé
- La rationalisation et l'optimisation des ressources humaines et financières.

❖ La résolution "Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé"⁴⁸

Le Conseil Exécutif de l'OMS dans sa session de janvier 2002 a adopté une résolution intitulée "Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé" (EB109.R10). Cette résolution a ensuite été discutée et adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa session de mai 2003. Cette résolution (WHA56.25) porte le même titre que celle adoptée par le Conseil exécutif. Le lien ci-après vous permet d'accéder directement au texte de cette résolution.

Cette résolution :

- souligne que c'est aux États-membres de décider s'ils souhaitent ou non recourir à la contractualisation
- attire l'attention des États-membres sur la nécessité de disposer des capacités et des compétences techniques nécessaires à la conduite d'un processus contractuel

⁴⁷ Journal d'Économie Médicale. OPCIT.P186.

⁴⁸ http://www.who.int/contracting/documents/documents_ref/fr/ consulté le 14/11/2018

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

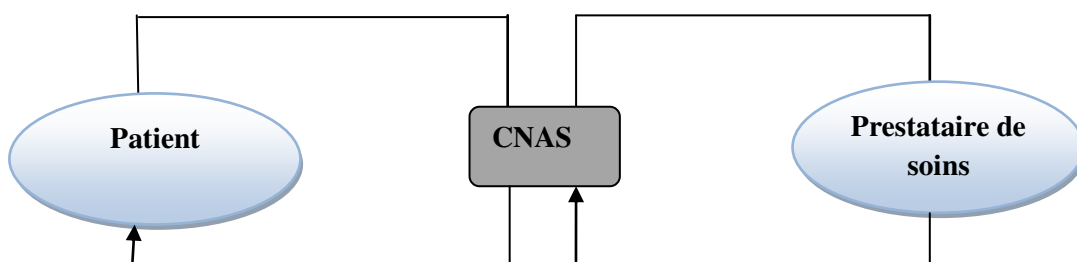
- attire l'attention des États-membres sur la nécessité d'élaborer des politiques de contractualisation qui harmonisent la pratique de tous les acteurs et indiquent les orientations et stratégies principales en matière de recours à la contractualisation.

2-4-La logique de la contractualisation en Algérie :

La contractualisation est un outil qui concerne toutes les missions du système de santé (financement, prestation, régulation...) et qui peut faire impliquer tous les acteurs du système de santé, soit publics ou privés.

L'Algérie, suite à un contexte, a opté pour l'achat de services comme choix d'application de la contractualisation, c'est à dire, la contractualisation en Algérie a mis en relation uniquement deux acteurs du système de santé à savoir : les prestataires de santé chapeautés par le ministère de la santé et les bailleurs de fonds représentés par la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS). L'objet de ces relations contractuelles concerne principalement les modalités de financement des prestations prodiguées aux assurés sociaux.⁴⁹

Schéma : la logique de la contractualisation en Algérie



Source : concrétisation de l'idée de la contractualisation en Algérie

3-Les niveaux de la contractualisation dans un système de santé :

Les hôpitaux ont longtemps été des institutions vivant en circuit fermé. Aujourd'hui, les hôpitaux, publics ou privés, sont des institutions de plus en plus complexes. Les réformes en font souvent des instances autonomes. Les Ministères de la Santé se posent des questions sur leur gestion : doivent-ils les gérer directement ou en confier la gestion à d'autres.

Les hôpitaux sont devenus de véritables entreprises. Ils cherchent ainsi à développer des liens avec leurs fournisseurs et prestataires de services intermédiaires. Ils

⁴⁹ FOUDI Brahim, Magister en sciences économiques " La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux" Université de Bejaia, 2011, p130

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

souhaitent également mieux négocier avec leurs clients ou leurs représentants qui sont l'État ou les systèmes de protection sociale.

Le recours à la contractualisation par les hôpitaux pour formaliser ces relations est de plus en plus fréquent. Ces relations contractuelles sont toutefois de nature très diverse selon les caractéristiques de leurs partenaires, les modalités d'établissement des relations contractuelles auront aussi des incidences sur le type de relation qui s'installera.

Par ailleurs, les notions de gestion axée sur les résultats et d'incitation à la performance occupent une place de plus en plus importante.

3-1. La contractualisation externe entre prestataire de soins et détenteur de fonds :

Dans un contexte de raréfaction des marges de manœuvres financières des hôpitaux, la contractualisation externe entre prestataire de soins et détenteur de fonds est présentée comme une alternative permettant de trouver d'autres sources de financement.

3.1.1. La contractualisation entre prestataire de soins et détenteur de fonds, une relation basée sur un acte d'achat :

La logique s'appuie ici sur un principe simple : un acteur de la santé au lieu d'assurer lui-même la prestation, va confier son exécution à un partenaire contre rémunération.

L'objet de la relation contractuelle concerne donc le financement d'activités. Cette stratégie d'achat s'applique à deux niveaux selon l'objet de l'achat :

- elle s'intéresse à la manière dont les détenteurs de fonds (individus, mais aussi leurs représentants État, systèmes d'assurance santé) utilisent leurs fonds pour se procurer des services de santé auprès de prestataires de services de santé, l'achat porte alors sur un produit fini qu'est le service de santé fourni par le prestataire.
- elle s'intéresse aussi aux modalités de production choisies par les prestataires de services de santé, dans ce cas, l'achat porte sur des facteurs de production.

3.1.2. Le détenteur de fonds :

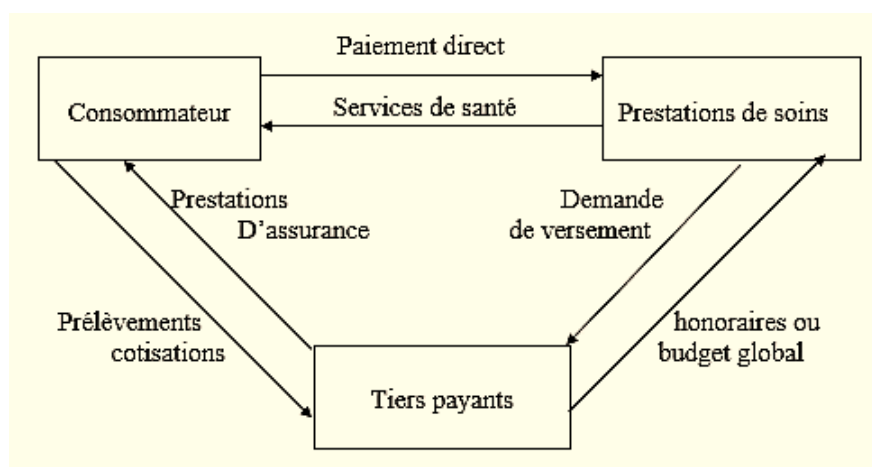
Dans les pays développés qui n'ont pas opté pour un système de santé financé par le budget de l'État, le financement de la santé passe par des systèmes d'assurances semi-étatiques et autonomes ou privés. La population est tenue de contribuer à ces systèmes d'assurance. Le modèle contractuel consiste à ce que le système d'assurance achète directement, au nom de ses assurés, des services de santé auprès de prestataires.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

Dans les pays en développement, les systèmes d'assurance sont simplement émergents et se caractérisent par le fait qu'ils ne sont pas obligatoires et couvrent une part souvent faible de la population. Néanmoins, ces systèmes se développent. Une fois créés, ces systèmes d'assurance s'interrogent sur les modalités de prise en charge des dépenses de santé de leurs membres. Une des voies empruntées actuellement consiste à passer des conventions avec des formations sanitaires publiques ou privées mais aussi avec des praticiens privés. Elles portent sur les tarifs, les modalités de remboursement, l'accueil des assurés, la qualité des soins...

Elles ne se contentent plus de répartir des dotations budgétaires ou de rembourser les dépenses de leurs membres. Au travers de contrats, elles négocient auprès des prestataires les conditions d'accès à l'offre de soins pour la population dont elles ont la charge ou pour leurs membres.

Figure N°04 : Relations financières dans le système de santé :



Source : OCDE, La réforme du système de santé : la volonté de changement, 1996, p42

3.1.3 . La relation entre détenteurs de fonds et prestataires de services de santé :

Notamment dans le secteur public, les fonctions de détention de fonds et de prestation de services de santé ont longtemps été intégrées et le sont encore fréquemment. Mais l'évolution récente des systèmes de santé laisse apparaître une plus grande séparation entre ces deux fonctions. Dans ce cas, l'individu donne délégation de pouvoir au détenteur de fonds pour le représenter dans toutes les relations avec les prestataires de services de santé.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

3.1.4. Le contenu de la contractualisation externe :

A. Le consentement :

Le consentement dans le cadre de la contractualisation externe s'effectue entre :

- **Les bailleurs de fonds :** les personnes morales qui financent l'établissement public de santé, il s'agit de l'Etat et la sécurité sociale.
- **Les prestataires de service :** l'ensemble des structures sanitaires qui fournissent des soins aux malades.
- **Les consommateurs des prestations :** Ceux qui bénéficient des prestations fournies par les établissements de santé, ou ce qu'on appelle en management les clients du secteur de la santé.

B. L'obligation :

Dans le cadre de la contractualisation l'obligation de chaque contractant est prédéterminée :

- L'Etat s'engage pour financer les prestations fournies aux démunis.
- La sécurité sociale s'engage pour financer les prestations offertes aux assurés sociaux
- Les structures sanitaires s'engagent de leur part à fournir des soins de qualité pour les patients quoique ce soit leur catégorie.

C. La cause :

Dans le cadre de la contractualisation la cause consiste sur la maîtrise des dépenses et garantir des soins de qualité pour les malades.

3.2. La contractualisation interne au niveau de l'établissement de santé :

La contractualisation interne est présentée comme une étape nouvelle dans l'adaptation des méthodes de gestion hospitalière et a pour ambition d'être une méthode de gestion qualitative et participative. L'objectif clairement affiché est d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital dont l'organisation actuelle est supposée source d'inertie et de dysfonctionnements, alors que son environnement exige des qualités d'adaptabilité, d'innovation et d'efficience plus grandes.

3.2.1. La contractualisation interne inscrite dans une logique de management participatif :

La démarche de contractualisation apparaît ainsi comme un vecteur puissant de modernisation de la gestion hospitalière parce qu'il s'appuie sur une démarche

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

participative de type projet et qu'il vise à rapprocher la décision de gestion au plus près des patients, selon le principe de subsidiarité. En cela, elle est à l'origine d'une modification de la répartition des pouvoirs au sein de l'hôpital.

L'organisation pyramidale et unilatérale a montré des limites. Pour faire face à ce qui apparaît comme une menace, les décideurs hospitaliers veulent impliquer toutes les forces vives de leur établissement en les engageant à participer davantage à la gestion des moyens alloués et à la formalisation des objectifs. Parallèlement, cette volonté est entrée en cohérence avec le désir des professionnels de s'impliquer davantage dans les rouages de l'hôpital.

3.2.2. La contractualisation interne inscrite dans la démarche qualité :

La contractualisation interne, dans sa logique de modernisation de gestion de l'hôpital, apparaît comme une démarche progressive dont l'état d'esprit et les outils apparaissent similaires à ceux de la démarche qualité car de même que dans la démarche qualité, la contractualisation interne :

- Pousse les acteurs hospitaliers à raisonner en termes de processus de prise en charge des patients et de moins en moins en terme de structure d'accueil.
- S'appuie nécessairement sur le développement d'une logique d'évaluation des procédures et des résultats des actions lancées.

3.2.3. La contractualisation interne est une relation basée sur la délégation de responsabilité :

La délégation de responsabilité peut être interne, c'est-à-dire s'opérer au sein d'une même entité au sens juridique du terme. La relation s'établit entre des composantes de cette entité relevant directement de la même autorité.

Le contrat est établi entre la direction et les différents services. Par le contrat interne, les centres de responsabilité, que constituent les services, bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur de l'hôpital. Ce contrat définit les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

3.2.4. Les objectifs de la contractualisation interne :

Les changements à l'hôpital sont profonds. Ils ne se limitent pas à une évolution des pratiques de soins mais prennent la forme d'une remise en cause des modes de

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

fonctionnement, d'organisation et de management. Adopter un arrangement contractuel interne permettra de :

- Réagir face à une organisation obsolète :

La contractualisation interne en tant qu'outil remédiant aux problèmes d'organisation permet de :

- Moderniser la gestion de l'hôpital public
- Lutter contre les lourdeurs administratives, le manque de réactivité et d'autonomie.
- Clarifier les missions des hospitaliers : donner plus de lisibilité à leur rôle.
- Favoriser les adaptations et promouvoir un nouveau management face à l'attente des usagers, les facteurs démographiques, les impératifs financiers et humains.

- Créer plus d'autonomie et de souplesse :

La contractualisation interne en tant que relation basée sur la délégation a pour objectif de :

- Donner aux établissements plus d'autonomie et dans le respect du cadre réglementaire.
- Responsabiliser les parties prenantes pour une meilleure efficacité de l'hôpital public.
- Renforcer les prérogatives de la direction, du corps médical et du conseil d'administration.
- Définir des pôles d'activité et déconcentrer de gestion en affirmant l'autorité de chef de service.

- Reconnaître le rôle des soignants dans les nouveaux pôles d'activité :

La contractualisation interne en tant qu'une démarche de management participatif permet de :

- Associer les cadres de santé au fonctionnement des pôles d'activité.
- Encourager et favoriser la collaboration médecins-cadres soignants pour une meilleure responsabilisation de la prise en charge des soins.
- Développer et asseoir les compétences comme des pré requis et non comme des résultats.

3.2.5. Mise en œuvre de la contractualisation interne :

Pour parvenir à mettre en œuvre une démarche contractuelle au niveau d'un établissement de santé cette dernière doit passer par :

- La constitution d'un centre de responsabilité.

Regrouper les structures existantes en constituant un centre de responsabilité bénéficiant d'une taille critique nécessaire à la négociation des budgets prévisionnels et à un dialogue

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

équilibré et transparent avec la direction de l'établissement et désigné parmi les praticiens hospitaliers du centre un responsable par le directeur de l'établissement sur proposition des structures médicales.

- L'élaboration d'un contrat de délégation de gestion négocié :

La délégation de gestion fait l'objet d'un contrat négocié par le directeur et le responsable du centre qui fixe les objectifs, encadre les pouvoirs de gestion et intéresse les équipes à la réalisation de ces objectifs.

- L'accompagnement :

Pour assurer l'accompagnement de l'opération, trois outils de suivi sont incontournables :

- L'amélioration du système d'information et de pilotage.
- La mise en place d'actions de formation pour l'ensemble des intervenants.
- La sensibilisation des praticiens hospitaliers à la gestion.

Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation

Conclusion

Le système de protection sociale est une combinaison du modèle de Bismarck (Allemagne) qui repose sur une logique assurancielle fondée sur une affiliation professionnelle, et le modèle de Beveridge (Angleterre) qui repose sur une logique d'assistanat (financement exclusivement par l'Etat). Par conséquent, le système de santé algérien est celui qui est financé par la sécurité sociale, elle-même prélevant des cotisations sur ses affiliés, par l'Etat prélevant des impôts sur la collectivité et enfin, dans une moindre proportion, par les ménages solvables en payant une contribution forfaitaire d'accès aux soins dans les structures publiques de santé.

Le financement du système de santé est confronté à de multiples difficultés suite à l'augmentation continue des dépenses. Pour en faire face, il est nécessaire de mettre en place des réformes. Ces dernières sont annoncées depuis des années. Elles consistent en une série de mesures, à caractère organisationnel, managérial et financier.

Le problème du financement de la santé en Algérie interpelle les décideurs pour la nécessité de trouver d'autres alternatives de financement en l'occurrence la contractualisation qui constitue un outil efficace pour la responsabilisation des acteurs de santé, notamment les détenteurs de fonds et les prestataires de soins, cela se traduit par la maîtrise des coûts et la rationalisation des dépenses.

La réforme hospitalière dont la mise en application est annoncée depuis des années, consiste en une série de mesures, à caractère organisationnel, managérial et financier, ce problème du financement de la santé en Algérie interpelle les décideurs pour la nécessité de trouver d'autres alternatives de financement en l'occurrence la contractualisation qui constitue un outil efficace pour la responsabilisation des acteurs de santé, notamment les détenteurs de fonds et les prestataires de soins, cela se traduit par la maîtrise des coûts et la rationalisation des dépenses à même de répondre aux besoins en soins de la population. Il aurait été plus judicieux d'engager une révision du système national de santé dans sa globalité.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le centre hospitalo-universitaire (CHU) est un établissement public à caractère administratif, à but non lucratif, créé sur proposition conjointe du ministère de la santé et de la population et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

La contractualisation constitue un instrument de la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé et un levier des réformes hospitalières engagées.

De ce fait, des dispositions sont mises en place et des mesures et actions ont été engagées par le CHU de Tizi-Ouzou afin de réussir la phase préparatoire de la contractualisation et asseoir tous les préalables nécessaires à sa réussite.

L'objet de ce chapitre est la présentation du CHU, ensuite nous présentons la sous direction des activités de santé et nous finissons par la mise en œuvre de la contractualisation au niveau du CHU.

III- Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou

Le centre Hospitalo-Universitaire NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est sous la double tutelle du MSPRH, et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, son personnel médical possède le rang magistral, assure les activités de soins, de recherche et de formation.

III-1- Historique Du CHU De Tizi-Ouzou.

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré ; précisément le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales.

En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire.

Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, créé par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifié par le décret n°86/294 du 16 Décembre 1986¹.

Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1000 lits organisés, répartis-en 42 services

¹ CHU, NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, Historique du CHU de Tizi-Ouzou, [en ligne], disponible sur <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>. Consulté le 04/11/2017.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Tizi-Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatre wilayas (Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdes, Bouira) dont la demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région.

Le CHU de Tizi-Ouzou est un établissement qui couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants. En plus de sa vocation hospitalière, il assure aussi des missions de formations et de recherche.

Premièrement en matière de santé, il assure 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.

Mais aussi l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé, ainsi que la contribution 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 ses missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

En matière de formation celui-ci assure, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.

Enfin, en matière de recherche, ce dernier, 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.

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

- L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed
- L'Unité BELLOUA

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Unité NEDIR Mohamed : Construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1953, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades².

Le nombre de lits total de cette unité s'élève à 570 lits, incluant les 19 spécialités de cette unité qui ont besoin d'un service d'hospitalisation.

Unité BELLOUA : L'Unité BELLOUA « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, superficie du site 62 500 m², constitue en quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés³.

3-1-3- Le volet financier du CHU :

Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses⁴ :

3-1-3-1-Les recettes comprennent :

- Les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux,
- Les subventions des collectivités locales,
- Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- Les dotations exceptionnelles,
- Les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en Vigueur,
- Les recettes propres des établissements de santé,
- Les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement,
- Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

3-1-3-2-Les dépenses comprennent :

- Les dépenses de fonctionnement,
- Les dépenses d'équipement,
- Toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son projet,

²CHU NEDIR Mohamed, Op.cit.

³Op.cit.

⁴BOUADI Sonia. Op.cit.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

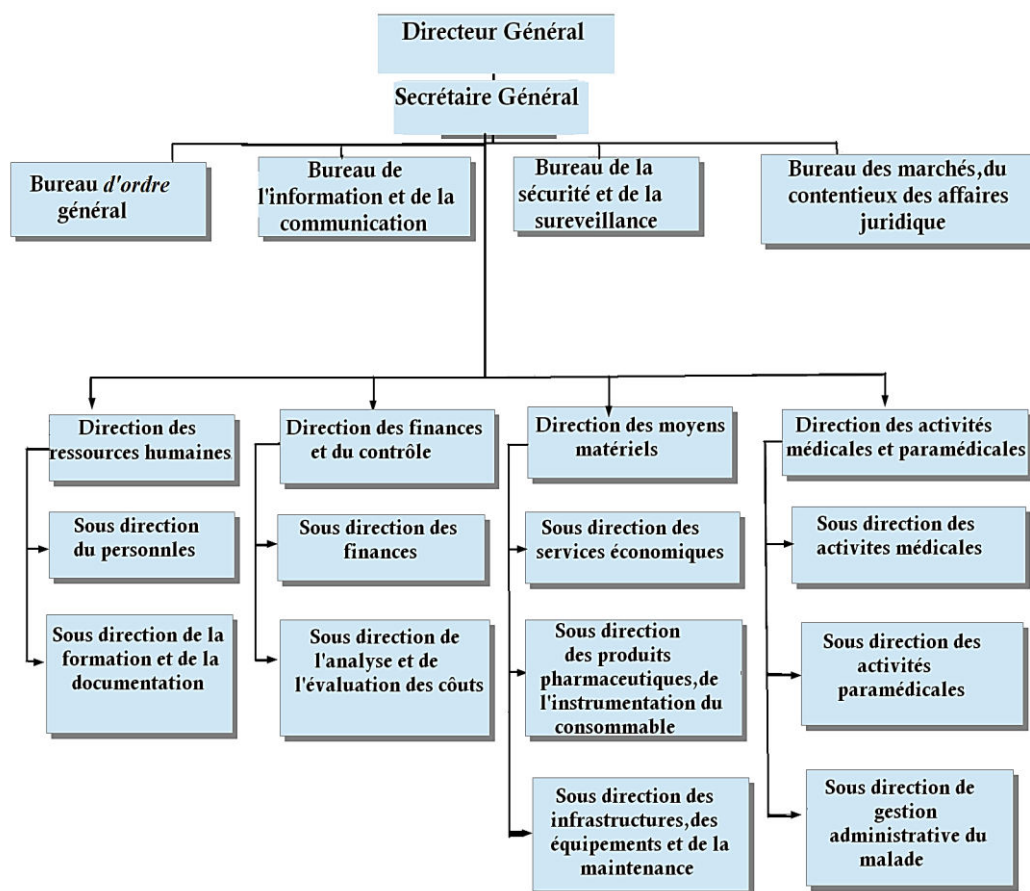
3-1-4- Organisation et fonctionnement du CHU de T-O

Il s'agit dans la présente section de présenter, l'organisation administrative et médicale du CHU de Tizi-Ouzou.

3-1-4-1- Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou

Dans le cadre de ses missions, le C.H.U de Tizi-Ouzou est administré par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur Général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif comme le démontre cet organigramme⁵ :

Figure 03 : Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou.



Source : CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, connaître le CHU, organigramme, disponible sur le site <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>.

De cet organigramme nous relevons les centres de responsabilité suivant :

3-1-4-1-1- Direction du CHU de T-O

Le directeur du Centre Hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, et mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il est responsable de

⁵ SIFAUI Fatma. Op.cit. P. 149

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

la gestion du C.H.U. à ce titre, il représente le C.H.U en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du C.H.U, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U, il établit aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur du C.H.U, et met en œuvre les délibérations du conseil d'administration. Il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration, le directeur passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Il peut aussi déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs⁶.

3-1-4-1-2- Le conseil d'administration :

Il comprend, un représentant du ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élus par ses pairs et le président du conseil scientifique du C.H.U⁷.

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurant le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent⁸.

Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organigramme des services, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur⁹.

Ce dernier, se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres.

⁶SIFAoui Fatma. Op.cit.

⁷ CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

⁸ Ibid !.

⁹ Ibid.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

3-1-4-1-3- Le conseil scientifique :

Le conseil scientifique propose toutes les mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la réparation des personnels, en relation avec les 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.

Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre hospitalo-universitaire, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Celui-ci élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelables. Il se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux mois et en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du CHU¹⁰.

3-1-4-1-4- Directions de l'organisation administrative

Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative de Centre Hospitalo-universitaire comprend : la direction des ressources humaines ; la direction des finances et du contrôle ; la direction des moyens matériels ; la direction des activités médicales et paramédicales. Les unités du centre hospitalo-universitaires sont organisées en bureaux et sont rattachées au directeur général : 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 juridiques¹¹.

A- La Direction des ressources humaines

Elle comprend :

- la sous-direction des personnels qui comporte : le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service, le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues et le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde ;
- la sous-direction de la formation et de la documentation qui comporte : le bureau de la formation le bureau de la documentation¹²;

¹⁰ CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

La gestion des ressources humaines est la pièce angulaire pour le fonctionnement de l'organisation hospitalière qui est marquée par la coexistence de plusieurs catégories d'acteurs, entre autres, le corps médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et technique...etc. Cette direction est chargée principalement d'assurer les tâches relevant des domaines suivants¹³ :

- **Recrutement**
- **Rémunération**
- **Promotion et sanction**
- **La formation**

B- La Direction des finances et du contrôle

Elle comprend :

- la sous-direction des finances qui comporte : le bureau du budget et de la comptabilité ; le bureau des recettes et des caisses. Son rôle est d'établir des prévisions et de suivi de l'exécution du budget d'une répartition équitable entre les dépenses et les recettes.
- La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts qui comporte : le bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts, le bureau de la facturation. Elle veille à bien maîtriser le coût des prestations fournies pour les patients, le coût d'hospitalisation dans la journée¹⁴.

C- La Direction des moyens et matériels

Elle comprend¹⁵ :

- La sous-direction des services économiques qui comporte : le bureau des approvisionnements ; le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ; le bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable qui comporte : le bureau des produits pharmaceutiques ; le bureau des instruments et des consommables.
- La sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui comporte : le bureau des infrastructures le bureau des équipements ; le bureau de la maintenance.

D- La direction des activités médicales et paramédicales

Elle comprend ¹⁶:

¹³CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

¹⁴BOUADI Sonia. Op.cit. p. 98.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- la sous-direction des activités médicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ; le bureau de la permanence et des urgences ; le bureau de la programmation et du suivi des étudiants.
- La sous-direction des activités paramédicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales ; le bureau des soins infirmiers, le bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.
- La sous-direction de la gestion administrative du malade qui comporte : le bureau d'admission des malades ; le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio thérapeutiques.

3-1-4-2-Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou

L'activité hospitalière est tributaire d'une utilisation massive du personnel. En effet, le CHU de T-O emploie un grand nombre de personnel organisé en catégories notamment¹⁷ :

3-1-4-2-1- Le personnel médical

Le personnel médical du C.H.U englobe principalement les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et chirurgiens-dentistes généralistes.

Les médecins spécialistes assurent de façon concomitante, des activités de soins et des tâches d'enseignement et de recherche en sciences médicales et les spécialistes hospitalo-universitaires sont tenus de veiller, en permanence, à l'amélioration des prestations sanitaires et d'enseignant dont ils ont la charge.

Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social. En outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administrative des structures de leur établissement conformément à la réglementation en vigueur. Les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps : Les maîtres-assistants, les do cents, Professeurs.

Les maîtres assistants sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à dix heures de travaux pratiques, ils sont chargés de l'encadrement des mémoires de graduation et de la consultation pédagogique, de l'encadrement et du suivi des travaux pratiques ou

¹⁷ BOUADI Sonia. Op.cit.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

dirigés, de la participation à la surveillance et aux corrections des examens et de la participation aux travaux des comités et équipe pédagogiques. Ils peuvent être chargés, à la demande de leur établissement, d'assurer des cours magistraux dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures¹⁸.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes: Diagnostic, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie et en particulier les données nationales, et dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale¹⁹.

Les maitres conférenciers, quant à eux sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs, les maitres conférenciers sont chargés de : la préparation et de l'actualisation des cours, encadrement des mémoires et thèses pédagogiques dont ils ont la charge, contrôler les examens, d'assurer le bon déroulement et la correction des copies, participer aux travaux des jurys de délibération, enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité, qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, encadrer les équipes pédagogiques, recevoir les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des comités pédagogiques nationaux, encadrer les étudiants, externes, interne, résidents et maîtres-assistants²⁰.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes : diagnostics, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmaceutiques et bucco-dentaire, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales, et de la pathologie et en particulier les données nationales.

¹⁸ BOUADI Sonia. Op.cit.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

*maitre conférencier.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité, à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.

Quant aux professeurs, ils sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs, les professeurs sont chargés de : la participation aux travaux des comités pédagogiques, contrôler les examens et d'assurer le bon déroulement, la correction des copies d'examens, participation aux travaux des jurys de délibération, la préparation et de l'actualisation des cours, l'encadrement des mémoires et thèses de première et deuxième post-graduation, contribuer par leurs travaux d'études et de recherche à la résolution des problèmes posés par le développement dans le cadre de la réglementation en vigueur, l'animation des travaux des équipes pédagogiques dont ils ont la charge, enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, recevoir les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des commissions nationales ou de toute autre institution de l'état dont l'objet est lié à leur domaine de compétence, contribuer, dans le cadre des structures compétentes à la mise au point d'instrumentations pédagogiques et scientifiques liées à leur domaine de compétence, encadrer les étudiants, internes, externes, résidents, maîtres-assistants, et dans le domaine des soins ils sont chargés de : assurer tous les soins liés à leurs compétences, contribuer à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie en particulier les données nouvelles, contribuer à élever le niveau de connaissances médicales ou autres, assurer les prestations sanitaires requises au sein des structures hospitalo-universitaires, contribuer à une meilleure efficience du système de santé par des programmes ou des actions sanitaires²¹.

En effet, dans le domaine de la recherche médicale de contribuer suivant leurs spécialités à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale

²¹SIFAoui Fatma. Op.cit.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Les médecins généralistes de santé publique assurent notamment les activités suivantes : diagnostics et soins protection maternelle et infantile protection sanitaire en milieu scolaire protection sanitaire en milieu de travail prévention générale et épidémiologie éducation sanitaire réadaptation et rééducation expertise médicale gestion sanitaire explorations fonctionnelles analyses biologiques. Ils participent à la formation des personnels de santé.

Les pharmaciens généralistes de santé publique assurent notamment, les tâches suivantes : explorations et analyses biologiques préparations pharmaceutiques gestion et distribution des produits pharmaceutiques expertises biologiques, toxicologiques et pharmacologiques gestion sanitaire éducation sanitaire, ils participent à la formation des personnels de santé.

Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique assurent notamment les tâches suivantes : diagnostics et soins ; prévention ; prothèses ; éducation sanitaire bucco - dentaire. Ils participent à la formation des personnels de la santé.

3-1-4-2-2-Le personnel paramédical :

Le personnel paramédical joue un rôle important dans les soins prodigués aux patients. Il réalise une jonction entre les médecins et les patients. Ce personnel est structuré en trois grades ; l'infirmier diplômé d'état, l'infirmier breveté, aides-soignants.

-Les infirmiers diplômés d'état : sont chargés d'assurer des soins polyvalents notamment la participation à la surveillance clinique et thérapeutique des malades, ainsi qu'à toute action de prévention en matière de santé et enfin à l'encadrement et à la formation des autres catégories du personnel paramédical.

-L'infirmier breveté : est chargé d'assurer les soins de base et les prescriptions médicales, ainsi que l'hygiène et l'entretien du matériel médical.

-Les aides-soignants : ils sont chargés des soins infirmiers simples, de l'hygiène corporelle des malades hospitaliers, et des tâches inhérentes à l'hôtellerie et au confort des malades.

Des corps supérieurs d'infirmiers sont créés, tels que l'infirmier chef d'équipe, le surveillant des services médicaux, le surveillant chef des services médicaux, et le

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

coordonnateur des activités paramédicales, en vue de coordonner, d'organiser, d'expertiser et d'exécuter les tâches réparties entre les membres paramédicaux.

3-1-4-2-3-Le personnel administratif :

On retrouve notamment, les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économe. Les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de la gestion des établissements hospitaliers, ils veillent au respect des règles et procédures contenues dans les règlements régissant ces établissements en veillant notamment à leurs exécutions. Les directeurs adjoints sont chargés d'assurer la responsabilité des services sous leurs responsabilités. En ce qui concerne l'économe, il est chargé de l'approvisionnement des services hospitaliers en denrées de tous genres et objets mobiliers de toute nature. De ce fait le fonctionnement de cette organisation est assuré par un effectif tous corps confondus de 2425 employés.

Après avoir présenté globalement le CHU de Tizi-Ouzou, de faute de ne pouvoir mentionner toutes les activités ou toutes les fonctions du CHU. Dans ce qui va suivre nous allons développer la sous-direction des activités de santé, car cette sous-direction, représente un grand intérêt de par sa relation directe avec notre sujet de mémoire.

II-Sous direction des activités de santé :

Cette sous-direction se structure en trois bureaux ; le bureau des entrées, le bureau de calcul des couts, bureau du suivi et de l'évaluation des activités de santé.

1-Bureau des entrées :

Le bureau des entrées est l'un des plus importants services administratifs de l'hôpital, son rôle ne consiste pas seulement à l'enregistrement du mouvement de la population (admission des patients, leurs séjours et sorties) mais vise également l'évaluation et l'exploitation d'un certain nombre d'information et de statistiques liées à la comptabilité des journées d'hospitalisation (calcul des taux de rotation des malades, d'occupation des lits de séjour moyen, de consommation par malade, d'actes médicaux et autres.

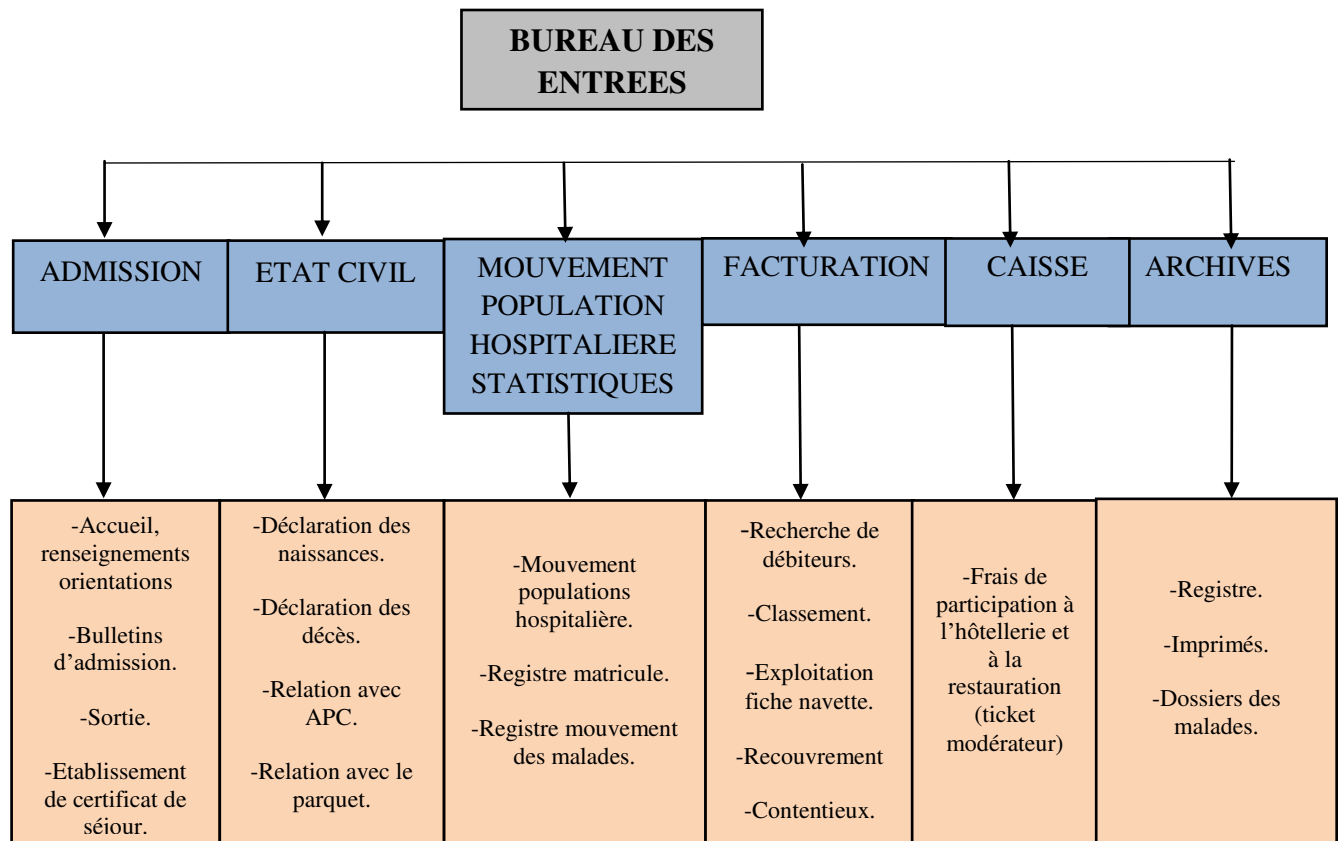
1-1-Les objectifs du bureau des entrées :

- Identification rigoureuse du statut social de la population hospitalière
- Evaluation des activités par service et par groupes de spécialités

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- Maîtrise des coûts
- Mise en place d'un schéma organisationnel cohérent des ressources humaines, matérielles et financières.

1-2-Organisation du bureau des entrées



Source : Etablit à partir des données du bureau des entrées

Le bureau des entrées utilise une nomenclature des registres et imprimés officiels standardisés, notamment, le registre matricule, mouvement hospitalier, journal de naissances, de décès, des évacuations, dépôt de corps à la morgue, d'inspection et de facturation. Ce bureau utilise comme imprimés ; le bulletin d'admission, demande d'hospitalisation, fiche navette, déclaration de décès, résumé standard de sortie, résumé clinique de sortie, certificat d'hospitalisation, bulletin d'évacuation et certificat de non contagion.

❖ Le système d'information hospitalier (SIH) :

« Le SIH est constitué de l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires au fonctionnement quotidien de l'hôpital, de ses modes de gestion, de l'évaluation ainsi qu'à son processus de décisions stratégiques. »

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Ainsi, l'établissement public de soins apparaît en tant qu'un système dynamique, composé de sous-systèmes avec des natures d'activités diversifiées, dont l'information est utile à chacun de ces sous-systèmes.

Néanmoins, le système d'information à adopter doit être assez souple et fiable pour atteindre ses objectifs principaux dont l'amélioration de la qualité de soins (amélioration des communications, réduction des délais d'attente et aide à la décision) et la maîtrise des coûts (réduction des durées des séjours, réduction des tâches administratives et diminution du personnel).²²

Le système d'information hospitalier est le recueil de l'information (au niveau du système de soins), son traitement, sa mémorisation et enfin sa transmission vers des organismes habilités à la prise de décision à savoir : les gestionnaires des structures de santé ; la direction de la santé et de la population(DSP) et le ministère de la santé.

Le système d'information hospitalier actuel repose sur un mode traditionnel voire manuelle de collecte et de gestion de l'information. En effet, ce système recourt à des outils de collecte de l'information tels que la fiche navette, billet d'admission, divers registres d'enregistrement (du mouvement des malades ; de médicaments etc....) et des méthodes telles que la transcription et la saisie manuelle de l'information. Toutefois, étant donné l'importance de la quantité d'informations à collecter et à saisir, ces outils conjugués à ces méthodes présentent des limites quant à la réalisation des objectifs du système d'information sanitaire.²³

- Informations administratives : le but de ces informations étant de savoir si les différents services de l'établissement de soins constituent une évaluation rationnelle de leur fonctionnement global, et aussi si on est en mesure d'une amélioration de la maîtrise de la gestion à travers l'exploitation de ces services en question.

❖ La fiche navette :

La fiche navette est un support d'information. Il devra accompagner le malade lors de son hospitalisation à toutes les interventions qui sont entreprises doivent être inscrites.

²² TOUBAL Farida « Réflexion, analyse et perspectives de la gestion du service public de la santé à travers l'étude de la maîtrise des coûts sanitaires : Cas du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI » Magister en sciences économique, UMMTO, 2008, P141

²³ SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat en sciences économiques, UMMTO, P102

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Que ces investigations soient pratiquées par le service d'hospitalisation ou même dans un autre service de l'hôpital ou d'un autre secteur sanitaire.

Cette fiche navette permettra une évaluation non seulement de l'activité d'hospitalisation du service mais également des actes de diagnostic.

Elle comporte huit pages dont chacune est destinée à la collecte d'un certain nombre d'informations qui seront exploitées par le bureau des entrées. Cette fiche fait partie de la liste des supports d'information et de gestion normalisés. La tenue et l'exploitation de la fiche navette vont permettre de recueillir une panoplie d'informations sur le malade admis dans les services hospitaliers d'un hôpital, sur sa maladie, sur les actes médicaux, chirurgicaux, examens pratiqués sur lui à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement hospitalier, les soins infirmiers correspondant aux actes paramédicaux effectués dans l'établissement d'hospitalisation, les médicaments qui lui ont été prescrits et administrés et enfin la fiche navette comporte des indications sur la sortie du malade de l'établissement où il a reçu des soins.

Dans sa première page, la fiche navette regroupe les informations relatives à l'identification du patient à savoir son nom, son prénom, son âge, son groupe sanguin, son numéro d'admission, de même que les informations concernant le service allant accueillir le malade : nom de salle, le numéro de lit ainsi que la date et l'heure d'entrée dans le service. Un code d'entrée est attribué par le bureau des entrées pour chaque malade admis dans un service de l'établissement pour des contrôles éventuels des malades séjournant ayant été effectivement transités et recensés par ce bureau.

La deuxième et la troisième page de la fiche navette sont destinées à la transcription des actes médicaux, chirurgicaux et les divers examens pratiqués sur le malade dans l'établissement d'hospitalisation. Les actes que les professionnels de soins peuvent avoir à effectuer sont établis par une nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et autres auxiliaires médicaux. Cette nomenclature impose aux praticiens et auxiliaires médicaux de communiquer à l'administration de l'établissement sanitaire le type et la valeur des actes techniques qu'ils effectuent. Cette dernière est censée mesurer les activités des différents services et à calculer les coûts de santé, en d'autres termes les coûts de prise en charge des malades. Ces coûts seront communiqués aux organismes de sécurité sociale en vue d'effectuer le calcul de leur participation au financement de structures de soins et du secteur de la santé en général. Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient. La lettre-clé est un signe pour

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

désigner soit un acte accompli par un médecin généraliste dont la lettre-clé est la lettre C, l'acte accompli par un spécialiste est désigné par la lettre CS, celui effectué par un psychiatre prend la lettre C PSY, l'acte du chirurgien-dentiste prend la lettre CD, l'acte de sage-femme prend la lettre C.SF. Par ailleurs il existe d'autres actes désignés par d'autres lettres-clés :

- PC qui désigne des actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.
- K désigne des actes de chirurgie et de spécialité.
- D désigne des actes pratiqués par le chirurgien-dentiste.
- DS désigne des actes accomplis par le chirurgien-dentiste spécialiste.
- SF désigne des actes de soins effectués par une sage-femme.
- AMI désigne des actes de soins pratiqués par l'infirmier.
- R et B désignent respectivement les actes de radiologie et les actes d'analyse médicale.
- Enfin, la lettre KB désigne des actes de prélèvement pour analyse médicale effectués par un praticien non médecin ou par un biologiste non médecin.

Chaque lettre-clé possède une valeur monétaire établie par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs des soins médicaux et autres. Le coefficient qui suit chaque acte est un nombre indiquant la valeur relative de celui-ci. Aussi, pour la cotation d'un acte ou sa notation il suffit pour cela pour le praticien médical ou autre d'inscrire la lettre-clé prévue à cet effet qui correspond à une valeur monétaire et d'inscrire immédiatement après le coefficient fixé par la nomenclature pour désigner la valeur relative de cet acte par rapport aux autres actes pratiqués. Ainsi l'acte de radiologie est désigné par la lettre-clé R, ayant pour valeur monétaire 2,50 DA, sa cotation se fera tout juste en multipliant cette valeur monétaire par le coefficient fixé pour cet acte pour trouver sa valeur relative.

La fiche navette sera servie aux différents niveaux de la façon suivante :

➤ Bureau des admissions :

L'agent préposé aux admissions transcrira sur la fiche navette toutes les informations à caractère administratif.

A la sortie du malade la fiche navette est retournée au bureau des admissions.

L'agent devra alors porter sur les registres les informations concernant la somme des coefficients des actes qui ont été accomplis au malade par les différents services.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

L'évaluation mensuelle, trimestrielle et annuelle par service sera effectuée par ce bureau.

➤ SERVICES MEDICAUX :

Le surveillant médical est responsable de l'inscription sur la fiche navette de chaque acte accompli conformément à la nomenclature. Il devra porter la lettre clé suivie du coefficient correspondant à l'acte pratiqué et faire signer le praticien.

Les registres mis en place au niveau du bureau des admissions permettront une évaluation mensuelle de la somme des coefficients des actes pratiqués par service.

Un état trimestriel devra être transmis à la direction des structures de la santé pour évaluation.

Malheureusement, nous avons constaté un certain nombre d'anomalies au niveau de ce document utilisé principalement dans la collecte d'information se rapportant au patient(en particulier la consommation médicale) qui est mal conçu et mal rempli. En effet, la fiche navette est inexploitée et revient vierge au bureau des entrées. Cette situation incombe généralement au manque de qualification et à la négligence du personnel chargé de cette tâche, négligence induite notamment par l'ignorance de l'importance de l'information collectée.

Le bureau des entrées exploite pour son fonctionnement deux principaux logiciels ; le logiciel **patient** qui fonctionne en mode réseau utilisé pour les admissions et l'établissement d'autres supports (déclaration de naissance, décès, résumés standards de sortie et contractualisation). Le logiciel IDAAS sert à identifier les assurés et les démunis, il s'agit entre autre d'un logiciel d'identification des malades et d'échange d'information entre l'établissement de santé et la CNAS et qui est non fonctionnel.

Le bureau des admissions doit établir les bulletins d'admission des malades, et doit tenir les différents registres de cette structure. Il se charge aussi de l'exploitation des fiches navettes, du classement et du suivi des dossiers administratifs des malades.

Il s'agit également dans cette structure, d'une prise en charge opérationnelle de l'émission de décomptes (facturation), du suivi des recouvrements, de la gestion, de la régie recettes (caisse), de la participation à l'analyse des coûts et à la normalisation des activités de soins et aussi à la gestion du contentieux.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

❖ Contribution des patients :

- Aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier :

Le montant de cette contribution fixé à 100 da, s'entend par journée d'hospitalisation. Cette mesure doit se traduire impérativement par une amélioration significative des conditions d'accueil, d'hébergement et de restauration des malades, une simplification des procédures de prise en charge médicale.

- Aux frais de consultation médicale :

Elle est fixée respectivement à :

- 50 DA pour la consultation de médecine générale
- 100 DA pour la consultation de médecine spécialisée

Cette participation s'applique également aux consultations respectives de chirurgie dentaire.

- En matière d'urgences médico-chirurgicales :

La prise en charge des patients doit être systématique et diligente.

Aucun motif ne peut justifier un différé de l'examen médical des personnes souvent en situation de détresse.

La procédure de virement des frais de consultations devra être entamée immédiatement après concernant les malades n'ayant pas fait l'objet d'une décision d'hospitalisation.

Les patients transférés d'une structure sanitaire publique vers une autre ne contribuent pas une nouvelle fois aux frais de consultation.

2-Bureau de calcul des coûts :

Les établissements publics de santé en Algérie sont gérés par un mode basé sur la réglementation française de 1899 modifiée et complétée par le décret de 1942 à savoir la comptabilité publique. Ainsi les règles comptables sont rassemblées afin de permettre l'exécution des opérations de recettes et de dépenses de l'établissement concerné. Néanmoins, les principes fondamentaux de la comptabilité publique sont évoqués par le décret exécutif N°91/313 du 07/09/1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables, ainsi que par la loi N°90/21 du 15/08/1990 relative à la comptabilité publique.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

La situation du financement de la santé, la non maîtrise des dépenses de soins ainsi que la demande de soin qui ne cesse d'augmenter ont conduit à l'élaboration de la mise en œuvre d'un plan comptable adapté aux activités de tous les établissements de santé.

Le système de calcul des couts de soins est mis en place en 2002, suite à l'application de l'instruction N°15/MSP/MIN du 03/10/2001. Cela constitue un système de répartition des charges entre les différents services de l'établissement de soin, dans le but de la détermination d'un cout complet par service. Ce système ne constitue en aucune manière une comptabilité analytique proprement dite.

Le bureau de calcul des coûts est chargé du calcul des coûts de l'hôpital, par l'utilisation de la comptabilité analytique et qui se fait par mois. Il s'agit entre autres, du calcul des coûts de la masse salariale, des dépenses alimentaires par services, de la pharmacie, de la consommation des fournitures, d'entretien et de main d'œuvre, des charges d'assurances et de formation, des activités des services d'hospitalisation et de consultations, du laboratoire, de la radiologie, du plateau technique...etc.²⁴

❖ Le système de triple comptabilité hospitalière

Il existe plusieurs fonctions au sein d'un hôpital, et vu la complexité entre ces fonctions, le personnel doit les maîtriser, parmi ces fonctions la maîtrise des coûts. Il se trouve que le service comptable développe les méthodes de calculs selon les besoins.

Actuellement, il existe au sein des établissements hospitaliers qu'une seule comptabilité : la comptabilité budgétaire dite "de caisse" qui retrace l'exécution des dépenses budgétaires, au moment où elles sont payées et l'exécution des recettes, au moment où elles sont encaissées.

Pour faciliter et illustrer le système comptable appliqué au sein de l'hôpital, le M.S.P.R.H a opté pour l'application d'une nouvelle méthode de calcul appelé « Le système de triple comptabilité hospitalière » sur la base d'un logiciel : 3 COH.

Le système de comptabilité "de gestion" qui est mis actuellement en place dans de différents hôpitaux en Algérie permet de conjuguer comptabilité budgétaire, comptabilité générale et comptabilité d'analyse des coûts (Analytique).

❖ Présentation des trois comptabilités

Une présentation générale des comptabilités utilisées dans le système de 3COH est importante pour illustrer le but de l'adoption de ces trois modes de comptabilité.

²⁴ CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- **La comptabilité budgétaire:** Qui retrace l'exécution des dépenses budgétaires, au moment où elles sont payées et l'exécution des recettes, au moment où elles sont encaissées.
- **La comptabilité générale:** Respectant les règles d'une comptabilité d'exercice: elle vise à décrire la situation patrimoniale de l'établissement, c'est-à-dire l'ensemble de ce qu'il possède (terrains, immeubles, stocks, créances) et de ce qu'il doit (emprunts, dettes). La synthèse des informations contenues dans la comptabilité générale figure dans les états financiers, dont les deux principaux sont le bilan et le compte de résultats.
- **La comptabilité d'analyse du coût des activités:** Qui permet de produire des indicateurs de mesure de la performance des activités à différents niveaux au sein de l'établissement.²⁵

❖ **La méthode des sections homogènes**

La mise en place d'une comptabilité analytique de gestion en milieu hospitalier, était basé sur le choix de l'une des méthodes de cette dernière, à savoir celle des coûts complets appelée aussi la méthode des sections homogènes, qui semblait la méthode la plus appropriée dans le domaine de santé.

Définition et historique : la méthode des sections homogènes consiste en une méthode typiquement française, mise en œuvre dans les années 1930 afin de déterminer le prix de revient complet par service, comprenant d'une part les charges directes propres à ce service et une quote-part des charges indirectes globales de l'établissement public de soins.

Ainsi, la méthode des sections homogènes permet de déterminer des coûts basés sur un découpage de l'établissement en sections dites sections homogènes, dans ce sens que la totalité de leur coût peut se rapporter à une seule unité physique ou monétaire appelée « unité d'œuvre ». Cette méthode ne constitue donc pas pour autant une comptabilité analytique proprement dite. C'est en revanche un système de répartition des charges entre les différents services, afin de déterminer les coûts complets de chacun d'eux.

En outre, la méthode des sections homogènes est appliquée dans l'objectif de déterminer un coût complet par service, tout en comprenant les charges directes propres à

²⁵ 2Groupe PRESENCES international Sarl (2012) : « systèmes d'information intégrés : Pourquoi "triple comptabilité" ? », Cité in www.3coh.dz.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

ce service et la quote-part des charges globales de l'établissement qui est calculé sur la base de « clé de répartition ».

Les principales notions à définir :

- **Unité d'œuvre :** elle est définie afin de mesurer une activité, et rechercher dans le but de caractériser l'activité de centre de responsabilité (CR) ou de la section d'analyse (SA), et de constituer un instrument de communication entre les différents responsables. Cependant, il est important de préciser que certains centres de responsabilité ont une activité qui ne peut être mesurée en unité d'œuvre (UO), comme il est le cas des sections d'analyses de la fonction administrative, ou l'unité d'œuvre utilisée est le taux de frais qui représente le rapport entre le coût de la section d'analyse et la valeur de l'assiette de répartition qui correspond au total des coûts des activités.
- **Les clés de répartition :** c'est un pourcentage à appliquer à chacune des charges indirectes en vue de leur répartition entre « sections auxiliaires ». En effet, l'application de cette méthode est basée sur le découpage de l'établissement en « centre d'analyse des coûts » représentés par des sections homogènes.
- **La section homogène :** elle consiste en un service dont l'activité aboutit à la production d'une même unité d'œuvre, comme par exemple le service d'hospitalisation qui constitue une section homogène dont l'unité d'œuvre est la journée d'hospitalisation. Cependant les sections homogènes regroupent deux importantes catégories de sections à savoir les sections principales et les sections auxiliaires.
- **Les sections principales :** ce sont selon le glossaire du guide « des éléments de découpage comptable de l'entreprise concernant ses activités productives ». Elles reçoivent des charges directes par affectation et des charges indirectes redistribuées en provenance des sections auxiliaires. Les sections principales sont donc celle dont l'activité concourt directement à la production de l'unité d'œuvre pour laquelle on veut calculer le coût.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Unité d'œuvre :

Sections principales	Unité d'œuvre	Observations
Hôpital du jour	La journée d'hospitalisation « jour »	/
La consultation externe	La consultation	Quand le même service abrite plusieurs consultations spécialisées, el cout recherché est le cout moyen d'une consultation, quelque soit la spécialité.
Pavillon des urgences (urgences médicales et chirurgicales)	Le package	-Le package est l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'un même passage (consultation, radio, suture, réanimation, maintien en observation) -le nombre de package est égal au nombre des malades portés sur le registre du P.U.
Hémodialyse et rééducation	La séance	L'unité d'œuvre n'est pas la journée d'hospitalisation, même si ce service est doté de lits.
Stomatologie	Le (D)	A chaque type de soins dentaire (extraction, plombage, etc.) est attribué un nombre de D.

Source : CHU de Tizi-Ouzou

3-Bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé

Ce bureau s'occupe des tâches relatives au suivi et à l'évaluation des activités de santé, par l'utilisation des indicateurs et des outils nécessaires²⁶.

Les modes de paiements :

Le groupe interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation, installé le 16 mars 2002, adopte comme préalable deux modes de paiement à savoir : le prix moyen d'une journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie.

²⁶ Ibid.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

1. La tarification au prix de journée d'hospitalisation :

La tarification des hôpitaux au prix de journée est un financement rétrospectif. Il présente, en effet, un forfait par journée passée par le malade. Dans ce mode de financement, l'argent suit le patient alité.

Par ce mode de financement, le budget d'un hôpital s'obtient par la multiplication du nombre de journées d'hospitalisation par un prix de journée préalablement fixé.

Le prix de la journée varie avec la spécialité du service hospitalier (une journée en réanimation coûte plus cher qu'une journée en médecine générale). C'est pourquoi, nous trouvons un prix de journée en médecine, un prix de journée en chirurgie, un prix de journée en obstétrique, etc.

Extraction /Consultation Tarifs par spécialité

Désignation du service	Prix moyen de journée d'hospitalisation
Urgences médicales	5000,00 DA
Urgences Médico-chirurgie	5000,00 DA
Médecine interne	6000,00 DA
Médecine infantile	6000,00 DA
Hépatogastro-entérologie	6000,00 DA
Cardiologie	6000,00 DA
Neurologie	6000,00 DA
Psychiatrie	2000,00 DA
Diabétologie	6000,00 DA
Réanimation médicale	15000,00 DA
Maladies respiratoires	6000,00 DA
Rhumatologie	6000,00 DA

Source : Bureau des entrées CHU de Tizi-Ouzou

En effet, le prix de la journée d'hospitalisation est ajusté au coût moyen. Or, le coût supporté par l'hôpital varie :

- **Premièrement**, il varie au cours de chaque séjour (chaque patient est un cas particulier ; on ne peut pas prévoir à l'avance combien va coûter un patient admis à l'hôpital. Un patient jeune ou un patient vieux qui a 2, 3 ou 4 maladies ne nécessitent pas une prise en charge médicale du même degré)
- **Deuxièmement**, le coût d'hospitalisation varie aussi dans le temps. En général, le coût réel sera élevé en début du séjour (examens, opération ou traitement) puis diminuera jusqu'au coût hôtelier.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Avec la tarification au prix de journée, l'hôpital supporte la différence entre le forfait reçu et le coût réel de ses prestations (soit, il supporte une perte ou il gagne un bénéfice). Donc, il a intérêt à gonfler le nombre de jours d'hospitalisation qui ne nécessitent pas beaucoup de frais (en général, les derniers jours du séjour, les services hospitaliers moins coûteux, etc.), car le budget de l'hôpital est en fonction du nombre de journées d'hospitalisation. Par conséquent, les surcoûts induits par le gonflement des séjours engendrent l'extension des dépenses de santé liées au financement des hôpitaux. Pour avoir financé leurs hôpitaux selon cette formule jusqu'en 1985, de nombreux pays de l'OCDE avaient accumulé une surcapacité en lits d'environ 30 % par rapport aux besoins.

Toutefois, la tarification au prix de journée convient aux établissements ayant surtout une fonction hôtelière, comme les maisons de retraite médicalisées (hospices) ou les maternités (cependant, l'accouchement est généralement tarifé séparément par un forfait).

Au milieu des années quatre-vingt, la tarification au prix de journée a été abandonnée presque partout dans le monde.

2. Le financement des hôpitaux sur la base d'un forfait par pathologie ou d'une tarification à l'activité :

Le nouveau système de financement des hôpitaux, nommé « tarification à l'activité » (T2A), a été mis en place en France le 1^{er} janvier 2004, ne s'appliquait d'abord qu'aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie obstétrique (MCO). Depuis le 1^{er} janvier 2005, cette réforme touche également l'odontologie et l'hospitalisation à domicile (HAD).

Le forfait par pathologie est un système de paiement prospectif. Le principe de ce financement est que les ressources allouées à chaque hôpital sont déterminées directement par le volume et la nature des activités réalisées au sien d'un hôpital. Ces activités sont valorisées sur la base de tarifs nationaux de prestation. Ainsi, le forfait par pathologie consiste à financer l'hôpital sur la base de son activité réelle. À chaque acte, chaque pratique, chaque type de soin correspond un tarif. Le financement des hôpitaux dépend alors, du nombre d'actes pratiqués et du tarif de ces derniers. En bref : le forfait par pathologie est un financement lié à l'activité.

Avec le forfait par pathologie, les recettes d'un établissement sont directement liées à son activité, mesurée par sa production en séjours classés en GHM (Groupe homogène de malades) et en actes pour son activité de consultation et d'actes techniques.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

La facturation est actuellement faite sur la base d'une ancienne nomenclature des actes et de la tarification professionnelle établie en 1987 qui doit être impérativement soumise à la révision. Or le décret portant commission de nomenclature et de tarification des actes attend toujours sa signature. Ceci dit, l'un des premiers aspects liés à la mise en œuvre de la contractualisation se trouve ainsi négligé et ignoré étant donné que la nouvelle nomenclature fait partie intégrante des mécanismes de ce processus enclenché qui ne peut pas être réussi et évalué sans ce point précis.²⁷

III-Mise en œuvre de la contractualisation au CHU de Tizi-Ouzou

1-Mesures et actions engagées dans le cadre de la contractualisation

1-1- Réhabilitation du bureau des entrées

- Rénovation et réfection des bureaux des entrées de l'Unité NEDIR Mohamed et l'Unité BELLOUA
- Mise en place du nouvel organigramme du bureau des entrées conformément à l'instruction N° 03 de Décembre 2000
- Acquisition de mobilier approprié conforme à la nouvelle structuration et organisation du bureau des entrées
- Mise en place d'un guichet unique pour une meilleure prise en charge du patient (admission)
- Acquisition d'outils informatiques pour la prise en charge de la saisie de la fiche navettes, information, orientation des patients
- Mise en place d'un guichet chargé de l'accueil, l'information et l'orientation du patient et du citoyen (visiteur)
- Le Comité de Médiation et de Conciliation est opérationnel
- Aménagement d'une salle d'archivage de la fiche navette pour une meilleure exploitation du dossier du patient
- Suivi régulier par le service informatique de l'établissement de l'utilisation du Logiciel « Patient » au niveau du Bureau des Entrées et des services Hospitaliers et corriger les dysfonctionnements rencontrés
- La DAPM est connectée au réseau informatique pour lui permettre l'exploitation des données statistiques relatives au malade et à l'activité hospitalière des différents services

²⁷ SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat en sciences économiques, UMMTO, P225

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- Tous les registres réglementaires sont tenus à jour et la transcription des données est établie au temps réel
- Les procédures d'entrées et sorties (admission des patients, dépôts et sortie de corps, transfert) sont scrupuleusement respectées
- Meilleure communication et collaboration entre le bureau des entrées et les services hospitaliers dans le cadre d'une bonne maîtrise de l'information
- Formation de tout le personnel du bureau des entrées à l'utilisation de l'outil informatique et exploitation du Logiciel « Patient »

1-2-Suivi du dossier du malade

- Généralisation de l'utilisation du Logiciel « Patient » dans les différents services hospitaliers
- Distribution de la nomenclature générale des actes professionnels à l'ensemble des services hospitaliers
- Mise à la disposition des praticiens de la nomenclature internationale des maladies (CIM 10) vulgarisation dans les services d'hospitalisation de la nomenclature des médicaments
- Mise en place dans les services hospitaliers de Secrétariat médical pour le suivi de la fiche navette
- Etablissement du résumé standard de sortie et résumé clinique à chaque sortie du malade
- Institution de la fiche navette « jour » au niveau des services concernés et des différents PU de l'établissement et mise à la disposition des services de feuilles intercalaires concernant les soins infirmiers et examens complémentaires
- Institution d'un registre d'évacuation pour les malades adressés par les Secteurs Sanitaires et les Cliniques Privées

1-3-Informatisation des services hospitaliers et réseau informatique

- Dotation de tous les services hospitaliers d'outil informatique doté du logiciel « Patient ».Ce logiciel est actuellement exploité dans sa dernière version 0905.
- Connexion en réseau des services d'hospitalisation de l'hôpital NEDIR Mohamed avec le Bureau des Entrées (opération en cours de finalisation – année 2006)
- Etablissement de façon systématique de la facture détaillée décompte) à la sortie de chaque patient au niveau du Bureau des Entrées

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- Collationnement établi entre les consommations de chaque service et l'activité réalisée à travers l'exploitation de la fiche navette par la DAPM et le service de la Pharmacie

1-4-Information et sensibilisation :

- Installation d'un bureau chargé de la mise en place de la contractualisation composé du Secrétaire Général, DAPM, Directeur d'Unité et du C.E.S en Informatique ; une réunion hebdomadaire d'évaluation est organisée
- Affichage généralisé pour les patients et les usagers de la santé de note d'information pour expliciter les modalités d'accès à l'hospitalisation
- Mise en place de panneaux de signalisation pour mieux sensibiliser, informer et orienter le public
- Installation de bureau d'information et d'orientation dans les différents services d'hospitalisation
- Actions de proximité à travers l'ensemble des services pour sensibiliser le corps médical et le corps paramédical pour une bonne prise en charge de la fiche navette ; document indispensable pour la vérification de la traçabilité de tous les actes dispensés
- Organisation de réunions hebdomadaires avec les surveillants médicaux, médecins, secrétaires médicaux, paramédicaux, afin de mettre en exergue toutes les difficultés rencontrées dans le cadre de l'application du processus de contractualisation
- Etablissement d'un programme de formation sur l'utilisation du Logiciel « Patient » pour tout le personnel du bureau des entrées ainsi que pour toutes les secrétaires des services hospitaliers
- Initiation de la formation sur site sur la gestion du dossier du malade et les transcriptions des actes professionnels ainsi que sur l'utilisation du Logiciel « Patient »
- Information par le bureau des entrées des patients admis à l'hospitalisation de la nécessité de présenter des justificatifs identifiants leur statut social (assuré, on assuré, démuné, non démuné). Mission assumée également par les surveillants médicaux des services hospitaliers.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

1-5-Relation avec les partenaires sociaux :

- Rapprochement et contact permanent entre le Bureau des Entrées du CHU avec la CNAS et CASNOS en vue d'une meilleure maîtrise de leurs assurés sociaux et permettre ainsi une amélioration de la fluidité des informations recueillies
- Réunion de coordination du Comité Intersectoriel de Wilaya chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation

1-6- Evaluation de la prise en charge de la fiche navette :

Il est à noter que le taux global de la prise en charge de la fiche navette est de 80%, conformément à l'évaluation du Bureau des Entrées

1-7- Contraintes rencontrées

➤ Contraintes internes :

- Absence d'identification de certains actes médicaux et autres dans l'ancienne nomenclature (1987)
- CIM non encore maîtrisée par l'ensemble du corps médical
- Fiche navette « jour » non opérationnelle au niveau du Logiciel «Patient »

➤ Contraintes externes :

- Non identification des démunis sociaux au niveau des APC et la D.A.S
- Absence de médecin délégué de la CNAS au niveau du CHU
- Absence de formulaire standard de malades évacués des structures de santé et autres
- Absence de documents spécifiques aux statistiques de la CNAS au niveau du Logiciel « Patient » (nouvelle version actualisée en Février 2006)
- Difficultés d'identification des démunis sociaux malgré l'information et la sensibilisation du bureau des entrées
- Absence de fichier de l'assurées sociales
- Insuffisance de coordination entre les différentes parties prenantes dans le cadre de la contractualisation (DAS, APC, Hôpitaux, CNAS, CASNOS)
- Formule « Hôpitaux – Cliniques » non mise en place au CHU.

Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Conclusion :

A l'instar des hôpitaux algériens, le CHU de Tizi-Ouzou connaît des dysfonctionnements dus en partie à une réglementation contraignante, à un fonctionnement rigide, à une centralisation excessive, mais aussi à une mauvaise organisation. Toutes ces contraintes expliquent en partie les difficultés de la gestion des établissements et qui constituent les raisons particulières de l'adoption et de la mise en place de la contractualisation.

La contractualisation garantira une grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et une amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière.

La pièce maitresse du nouveau dispositif contractuel concerne le bureau des entrées, et parmi ses missions : la gestion des données liées à l'admission et au séjour, l'évaluation des activités, l'analyse des coûts, la facturation...

Le bureau des entrées nécessite un système d'information fiable. Pour cela, il est demandé d'impliquer les organes consultatifs et les professionnels, de renforcer les capacités des personnels des bureaux des entrées et de mettre en place une cellule CNAS pour contrôler la qualité d'assuré social ou d'ayant-droit et de vérifier à partir des dossiers médicaux la conformité des prestations reportées dans la facturation des frais d'hospitalisation. En plus d'identifier les statuts des usagers (assurés, ayant-droits, démunis et autres). Par conséquent, il est impératif d'asseoir de nouvelles relations entre la sécurité sociale et le secteur de la santé en Algérie. Ces relations doivent être établies sur la base des contrats liant la sécurité sociale aux établissements publics.

La santé touche ce qu'il y'a de plus individuel dans une personne. Cependant, la santé de chacun dépend de la capacité collective à organiser un système de santé fiable et efficace. Ce système connaît des transformations profondes d'où de nouveaux textes réglementaires, des notes ministérielles et des réformes hospitalières ont été engagés pour la modernisation de la gestion des hôpitaux, afin de s'adapter aux différentes mutations épidémiologiques et socio-économiques que connaît notre pays et répondre d'une manière efficace aux besoins de la population. Ces réformes ont pour but de faire face aux dysfonctionnements organisationnels et fonctionnels que subissent les hôpitaux ainsi que l'augmentation continue des dépenses de santé.

Le système de santé algérien se caractérise par des insuffisances relatives à la qualité des soins et de la maîtrise des coûts. Ces dernières sont des impératives pour toutes réformes. Au terme de ce travail, nous avons mené une réflexion sur celle qui vise à l'amélioration de la gestion du système à travers la mise en place de la contractualisation et du projet de l'établissement hospitalier au sein des établissements publics de santé.

La problématique du financement de la santé en Algérie interpelle les décideurs sur la nécessité absolue de rechercher de nouvelles sources de financement, et de faire intervenir les acteurs et les entités du secteur de la santé. Et ce, par l'instauration de nouveaux rapports contractuels entre ces entités.

La contractualisation est souvent 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. Ainsi, elle permettra d'assurer une meilleure maîtrise et même la transparence des dépenses de santé de la sécurité sociale comme elle garantit une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et une amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière des assurés sociaux.

En outre, la contractualisation se traduit concrètement par des contrats d'objectifs et de moyens entre les bailleurs de fonds représentés par la sécurité sociale et le système de soins représentés par les établissements de santé. Ainsi, la sécurité sociale et l'Etat mettront à la disposition des établissements de soins les moyens financiers nécessaires pour l'accomplissement des activités de soins et ces établissements doivent se fixer, au préalable, des objectifs bien précis à atteindre.

D'après l'analyse des établissements publics hospitaliers en Algérie, et particulièrement le CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou, nous retenons quelques conclusions à notre recherche :

- Sur le plan pratique, la contractualisation a connu quelque progrès mais elle n'est pas encore généralisée, elle est appliquée uniquement entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins publics. Elle se limite au financement par les caisses de la sécurité sociales à travers les forfaits hôpitaux.
- Le bureau des entrées ne remplit pas totalement les tâches qui lui sont dévolues en raison d'une absence de coordination entre les services hospitaliers, les services administratifs et ce bureau est primordial pour la réussite du processus contractuel entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements de santé.
- Le bureau des entrées se doit de s'acquitter des nombreuses tâches qui lui reviennent de droit et ce par : le recueil et l'analyse des informations liées aux activités développées par les établissements sanitaires ; l'élaboration des indicateurs d'activités (consultations externes, soins ambulatoires, actes médico-techniques, journées d'hospitalisation, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour, taux de rotation des lits etc....) ; l'exploitation de la fiche navette ; la tenue et le suivi des dossiers administratifs et des dossiers médicaux des malades ; la participation à l'analyse des coûts et à la normalisation des activités de soins ; l'émission de décomptes en vue de la facturation (des frais de soins, d'hébergement et de la restauration des malades) ; le suivi du recouvrement ; la gestion de la régie des recettes ; la gestion du contentieux.

Autant de questions auxquelles les responsables du secteur de la santé sont confrontés avant d'entreprendre toute démarche contractuelle, restent sans réponses précises comme les suivantes :

- Quels rôles pour les professionnels et pour les usagers des services de santé dans une démarche contractuelle?
- Quel est le rôle de l'Etat en tant que régulateur et décideur de la politique de santé et en tant que bailleur de fonds et gestionnaire du système de soins ?
- Les conditions de la mise en place de la contractualisation sont-elles réunies ?

La contractualisation ne met pas un terme à la gratuité des soins, mais c'est un principe qui repose sur l'intervention de plusieurs acteurs (État, organismes sociaux, établissements de santé), afin de permettre une plus grande maîtrise des coûts et des dépenses (une utilisation rationnelle et optimale des ressources) tout en conservant un meilleur accès aux soins pour les affiliés à la sécurité sociale et pour les personnes les plus précarisées. Ce système impose désormais aux hôpitaux d'être liés par des contrats dits "de performance" aux organismes assureurs. Ces derniers ont la charge de payer les actes et les

soins prodigués à leurs assurés ou ayants droit. Les soins dispensés aux non-assurés sociaux sont en revanche à la charge du budget de l'État. Toutefois, la contractualisation peut être considérée comme une solution pour remédier aux problèmes de financement du système de santé algérien.

Enfin, les bailleurs de fonds jugent le système national de soins trop dispendieux, les prestataires de soins le 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. Le nouveau mode de financement proposé par la réforme hospitalière est la contractualisation. Il s'agit d'établir des rapports contractuels entre l'hôpital et les bailleurs de fonds, c'est-à-dire avec les caisses de sécurité sociale. En pratique, la contractualisation vise à consacrer une plus grande transparence entre les prestataires de soins et les bailleurs de fonds. Pour être admis à l'hôpital, le citoyen doit présenter sa carte de sécurité sociale s'il est affilié à une caisse de sécurité sociale (pour les travailleurs, c'est la CNAS, pour les activités libérales, c'est la CASNOS, pour les agriculteurs, c'est la Mutualité agricole...). Les personnes démunies devront présenter une carte délivrée par les directions de la solidarité nationale de la wilaya et les nantis seront invités à payer la facture d'hospitalisation à leur sortie de l'hôpital directement à la caisse de l'hôpital. Ce nouveau mode de financement est basé sur des mécanismes rigoureux. A son admission, une fiche navette individuelle est établie. Tous les actes médicaux, chirurgicaux ou paramédicaux (médicaments, consommables...) ainsi que toutes les explorations (laboratoire, imagerie, explorations fonctionnelles...) seront reportées sur cette fiche navette. A la fin du séjour hospitalier du patient, le bureau des entrées de l'hôpital va procéder à l'évaluation financière des coûts de tous les actes et les explorations dont il a bénéficié. Pour ces opérations, il va recourir à l'outil informatique, notamment le « logiciel patient » dont les versions sont actualisées périodiquement, à la Nomenclature nationale des actes (laquelle doit être négociée périodiquement entre les syndicats, les caisses de sécurité sociale et le ministère de la Santé) pour convertir un acte en coût et à la comptabilité analytique pour évaluer les paramètres de mesure utilisés : coût d'une journée d'hospitalisation par exemple... Ainsi, l'évaluation analytique de la fiche navette va permettre d'évaluer les activités hospitalières. Tous les hôpitaux étant mis sur réseau Internet, les bailleurs de fonds pourront à tout moment s'informer sur leur état d'activité. Dans ce nouveau mode de gestion, le bureau des entrées au niveau des hôpitaux va jouer 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 (exemple : 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. La conséquence la plus tangible de ce nouveau mode de gestion va être l'évaluation financière des activités hospitalières. Celle-ci constitue à elle seule une véritable révolution dans le mode de gestion de nos hôpitaux. En effet, la contractualisation reste un discours théorique sans concrétisation tangible sur le terrain. Ainsi, le système de santé algérien reste insuffisamment performant.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

Introduction :

Les expériences de la contractualisation sont peu nombreuses dans les pays en développement. L'insuffisante maîtrise du cadre théorique, et le manque d'une littérature spécialisée retardent le développement des dispositifs contractuels dans les systèmes de santé de ces pays. On constate souvent une mise en application anarchique des dispositifs contractuels, et ce sans le respect des bases opérationnelles de la contractualisation (cadre normatif défini par l'OMS).

Ce chapitre est consacré au cadre opérationnel de la contractualisation. En premier lieu nous tentons de mettre en évidence les conditions du processus contractuel. Ensuite, nous présentons les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle, et ce de la préparation jusqu'à la fin du contrat. Enfin, vu l'importance de la politique contractuelle, nous traitons les différentes étapes de l'élaboration d'un document de base d'une politique contractuelle.

I- Le projet d'établissement : conditions préalables à la mise en place de la contractualisation :

Le projet est un ensemble d'actions à réaliser pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début, mais aussi une fin.¹

1. Concepts liés au projet :

- La notion de projet :

Dans le sens commun, un projet est « ce qu'on se propose de faire. Concevoir, exécuter un projet ». Avoir un projet, c'est d'abord dans l'acception moderne du mot, associer un but à des objectifs par essence plus concrets et normatifs.

Dans le foisonnement des initiatives individuelles ou collectives, on pourra reconnaître la mise en projet ; à la volonté première d'exprimer une intention pour chacune des initiatives et aussi à la volonté d'expliquer la valeur qu'on attribue à leur mise en œuvre. Le projet contient l'idée d'une projection dans l'avenir².

- Le sens du projet à l'hôpital :

Les hôpitaux constituent un des sous-ensemble les plus importants, si ce n'est le plus important, du système de santé. Chacun d'eux est incité à élaborer un projet d'établissement. L'idée de projet d'établissement hospitalier resté encore assez floue, si

¹ AFITEP, Dictionnaire de management de projet (1996)

² Melle BOUADI Sonia, Op.cit. p. 54.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

l'on en juge d'après les interrogations exprimées par les principaux responsables, même si quelques-uns, parmi eux, ont déjà à leur actif d'intéressantes réalisations.

Le projet d'établissement, pour un hôpital, pourrait être la mise en forme, à un moment de son histoire, de la démarche entreprise pour faire partager son destin par l'ensemble du personnel avec le développement du sentiment d'appartenance à une communauté pour laquelle chacun, dans sa différence personnelle et sa spécificité de métier, est solidaire des autres.

Le plan stratégique, de conception plus récente, ou moins dans les établissements hospitaliers, est un ensemble organisé d'actions déterminant les rapports de l'hôpital avec son environnement en repérant en permanence ses forces et ses faiblesses. La planification stratégique vise à exploiter les occasions nouvelles et différentes de demain. Elle est anticipatrice et transformatrice des circonstances.

L'idée de projet vient donc offrir quelque possibilité en proposant, dans la recherche d'un même enracinement, la découverte d'une culture globale, facteur d'intégration et de gestion des diversités, dans la notion de performance collective³.

1-1- Définitions du projet d'établissement :

Le projet d'établissement peut, être considéré comme un objet décrivant des éléments d'une stratégie, construisant une cohérence d'ensemble entre l'organisation et son environnement. De plus, il permet une approche globale qui intègre les logiques organisationnelles et favorise une perspective transversale⁴.

Le projet d'établissement est défini, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement.

Il comporte un projet global de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social.

Le PEH est un outil de vision stratégique pour le devenir de l'établissement. Il est élaboré avec bon sens et appuyé sur des données. Cette vision stratégique est déclinée en

³ Bernard. Honoré. L'Hôpital et son projet d'établissement.1992, Edition. privé.14.rus.des art-b.p.828,31080 Toulouse cedex.

⁴ Ibid.P3

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

plans annuels, pluriannuels ou opérationnels. Son élaboration se fait en équipes et ne peut être un travail isolé d'experts⁵.

Il est important : s'il y a consensus en interne de l'établissement, le projet sera mieux accepté et bien porté, il traduira ainsi la vision commune de la majorité des acteurs de l'établissement.

Toutefois le travail préparatoire des experts en interne et en externe est très important et constitue la base factuelle du travail à travers des analyses de l'existant, des évaluations suivies, des propositions et des recommandations.

L'élaboration se fait dans les sens suivants⁶ :

- Du bas vers le haut (méthode ascendante) : moyen de concertation, décision consensuelle sur l'avenir
- Du haut vers le bas (méthode descendante) : orientations du ministère vers les établissements, faisant cas des grandes orientations démographiques et sanitaires, dont on tient compte lors de l'élaboration

Son élaboration est une démarche structurée, organisée et intégrée. Ainsi, on essaye de tenir compte des expériences internationales en évitant les erreurs commises par les autres pays (trop d'hospitalisation, plateaux techniques dispersés entraînant une augmentation de la dépense sans amélioration de la qualité et de la sécurité ...)⁷.

Le PEH n'est pas un⁸ :

- Simple plan d'investissement
- Plan de déménagement des services
- Plan de regroupement et ou de démembrement des services.

Toutefois il représente des volets importants pour l'élaboration du PEH.

1-2-Les différents volets du projet d'établissement :

Le projet d'établissement est composé de plusieurs sous-projets ou volets, dont les différentes terminologies les définissent comme suit⁹ :

- Projet de prise en charge médicale et soignante
- Projet de formation
- Projet de recherche

⁵ MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, 2008, P. 9-10. Disponible sur <http://www.pass-ue.dz>. Consulté le 07/11/2017.

⁶ Ibid.

⁷ MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, Op.cit. P. 8.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

- Projet qualité
- Le plan directeur immobilier
- Le plan d'équipement et de maintenance
- Le projet managérial et ressources humaines
- Le plan financier
- Le plan directeur des systèmes d'information de l'établissement

L'essentiel de ces volets est dans la synergie de l'ensemble des programmes distincts, élaborés par les différents départements selon leurs activités. Les volets (ou projets) doivent être en étroite liaison entre eux, centrés surtout sur le projet médical incluant le projet de soins infirmiers. C'est du projet médical que découlent les autres volets (axe directeur).

Ces projets distincts sont en forte cohérence entre eux, sans qu'il n'y ait aucune contradiction dans leurs mises en œuvre, tenant compte de l'état des lieux, de leurs actions et de leurs évaluations.

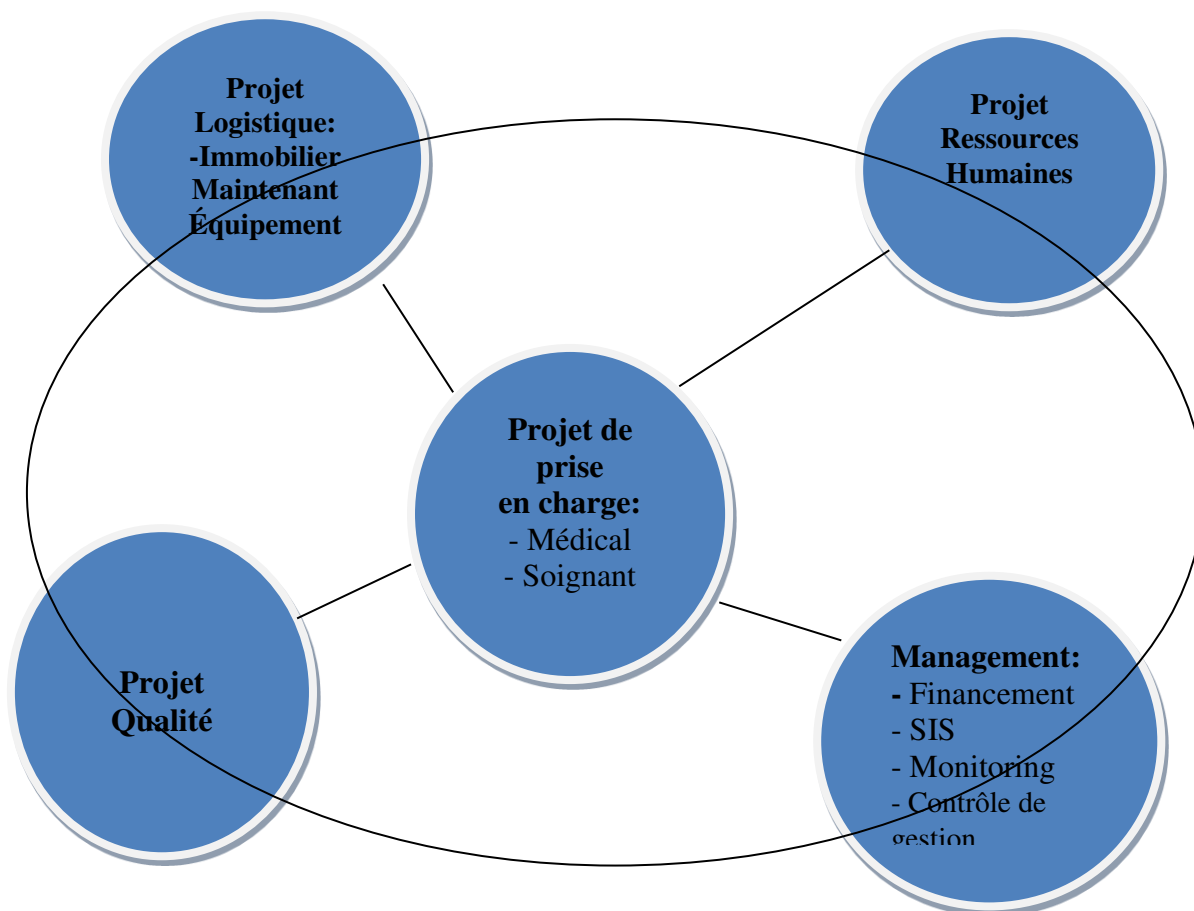
Une des difficultés de l'élaboration d'un bon projet d'établissement réside justement dans l'élimination de ces contradictions à travers un travail assidu de concertation, de conception et d'adhésion¹⁰.

Pour mieux visualiser leurs relations, ces projets peuvent être considérés comme des planètes gravitant autour du soleil de notre système solaire. Ce sont les forces agissant entre les planètes et le soleil qui font de l'ensemble un système en équilibre et contribuent à assurer la stabilité, comme le démontre cette figure :

¹⁰MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, Op.cit. p. 09

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

Figure N°2 : La relation entre les différents volets du projet d'établissement.



Source : MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, dans le cadre du programme d'appui du secteur sanitaire.

Bien sûr, au centre se trouve le projet de prise en charge du patient, dont les grandes lignes des autres axes qui le servent, en découlent. Mais ce n'est pas leur rôle unique. Ils gravitent autour ! Le tout forme un ensemble de galaxies gravitant autour, en cercle global et cohérent.

1-3- les finalités du projet d'établissement :

Le projet d'établissement peut être considéré comme un objet d'écrivant les éléments d'une stratégie qui assure une cohérence d'ensemble entre l'organisation et son environnement. On lui en dénombre quatre finalités majeures :

- Placer le patient au cœur de l'organisation,
- Améliorer la qualité de sécurité des soins par l'analyse critique de l'existence et la formation des processus de soins,
- Coopérer avec les autres établissements de secteur sanitaire afin d'offrir au patient les meilleurs soins,

- L'amélioration lisible de l'établissement sanitaire.

1-4- La démarche de projet à l'hôpital :

Comme dans n'importe quelle entreprise, une démarche de projet à l'hôpital consiste en une manière d'agir ensemble pour que le projet puisse exister dans la collectivité, c'est-à-dire pour que tous les hospitaliers, mais aussi ceux qui viennent à l'hôpital, puissent manifester leurs potentialités, découvrir des possibilités, exprimer leur volonté et pour que des projet s'élaborent dans et autour des divers secteurs de l'établissement, projets qui, en se maillant, donneront forme à un projet global.

Un autre aspect de la démarche de projet, découlant de l'ouverture ou projet, est la mise en forme de projets dans les unités de travail. Elle suppose que dans les unités de soins mais aussi dans les équipes des services administratifs, techniques et généraux, les groupes disposent des méthodes et des outils d'observation de leurs conditions d'action, d'analyse des situations, de reconnaissance de leur fond culturel, de formulation d'objectif. Elle suppose aussi que les projets soient reconnus, valorisés, pris en considération dans un champ plus large que l'unité dont ils émanent pour être soutenus, encouragés dans leurs mises en œuvre, après un véritable travail de concertation et de négociation.

L'explicitation d'un projet, pour un établissement, devient possible, lorsque son champ global étant suffisamment ouvert au projet, des projets locaux ont pu naître dans les services, être reconnus, formulés, ont pu correspondre à des réalisations.

Le projet n'est donc pas un ensemble de propositions formulées et arrêtées par la direction. Pour qu'un projet d'établissement soit dynamisant, il faut qu'il révèle un dynamisme, qu'il conserve en lui-même le sens du projet, donc qu'il soit ouvert et évolutif¹¹.

Si l'hôpital, dans un regard tourné vers l'entreprise, reste attentif à ce qui l'en différencie, s'il sait trouver un équilibre entre ce qui le pousse à s'accommoder au modèle et ce qui l'oblige à l'adapter, alors l'expérience du projet d'entreprise contribuera peut-être à ce qu'il traverse et à ce qu'il s'engage sur de nouvelles voies. Encore convient-il que l'on sache reconnaître qu'une réelle démarche de projet n'est pas une nouvelle mode prescriptive¹².

¹¹ Opcit.P149-150

¹² Opcit.P154.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

1-5-prés requis à l'élaboration du projet d'établissement hospitalier :

L'élaboration du projet d'établissement hospitalier passe inéluctablement par les sous projets que voici :

➤ Le projet médical :

Le projet médical est la pierre angulaire du projet d'établissement. Partant du diagnostic de l'organisation interne et des prévisions d'activités, le projet décline les orientations stratégiques à caractère médical en plans d'action opérationnels.

Le projet médical n'est pas une simple compilation de projets de service. Dans une approche globale, il définit l'organisation des soins dans l'établissement. L'objectif est de permettre l'optimisation des moyens au bénéfice des patients par une rationalisation des plateaux techniques, et une organisation interne optimale du fonctionnement des services.¹³

➤ Le projet de soins infirmiers :

Le projet de soins infirmiers est en premier lieu la traduction paramédicale des orientations stratégiques et des actions prévues dans le domaine médical. Toutefois, ce projet de soins infirmiers peut aussi avoir ses propres axes de développement. Il s'agit de définir l'organisation du travail afin de mettre en adéquation les besoins en soins et les moyens existants, d'améliorer le dossier paramédical et son contenu, et d'aménager les horaires de travail pour une meilleure adaptation aux besoins du fonctionnement de l'hôpital et aux besoins des patients¹⁴.

➤ Projet qualité :

La démarche qualité peut avoir 5 axes principaux, parmi lesquels le management choisit les plus pertinents et prioritaires. Il s'agit de décrire les procédures qui semblent être la démarche la plus appropriée, et qui servira de base aux autres¹⁵.

- Normes d'infrastructure et de personnel ;
- Accréditation ;
- Certification ;
- Description des procédures ;
- Gestion des risques.

➤ Projet de gestion :

- Amélioration de l'accueil du patient ;
- Traitement des doléances internes et externes ;

¹³ Melle BOUADI Sonia.Op.cit.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

- Élaboration de feuille de route validée par le conseil d'administration ;
- Formation complémentaire du personnel administratif ;
- Mise en place d'une comptabilité analytique, qui fournira les données supportant la prise de décision ;
- Développement du tableau de bord de gestion ;
- Meilleure utilisation des indicateurs de gestion.

➤ **Projet ressources humaines :**

Il s'agit dans ce projet, de mettre en place une véritable politique de gestion des carrières, une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, mais une politique de communication concertée¹⁶.

1-6- Les enjeux managériaux et organisationnels dans un établissement de santé :

L'efficacité économique passe par une véritable politique de gestion des ressources humaines, des achats, du patrimoine, de l'optimisation de la facturation et du contrôle de gestion¹⁷ (ce qu'apporte le projet d'établissement).

Mais pas seulement, en effet, la performance individuelle de chaque service ne suffit pas à générer la globale de l'établissement car cette dernière dépend de la capacité à créer du lien et de la fluidité entre tous les services, à réaliser des soins de qualité, à motiver ses salariés et à contribuer à leur bien-être¹⁸ (c'est ce que apporte le processus de contractualisation à l'hôpital).

Ainsi l'infrastructure de l'établissement, la gestion des ressources humaines, les achats, les activités administratives soutiennent l'activité principale de soins qui s'organise tout au long du parcours du patient¹⁹.

La performance de l'établissement s'apprécie sur la satisfaction de toutes les parties prenantes : les patients, les salariés, les libéraux, les fournisseurs, l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les différents collaborateurs. Elle assure la pérennité de l'établissement, sa légitimité dans l'offre de soins, la motivation et la formation du personnel.

Les enjeux managériaux s'inscrivent dans l'amélioration de la performance globale ce qui demande au directeur de veiller à ce que l'organisation fonctionne comme un tout intégré et cohérent.

L'amélioration de la performance à partir du circuit du patient va se traduire de manière directe ou indirecte sur la performance globale. Chaque établissement, chaque

¹⁶Melle BOUADI Sonia.Op.cit.

¹⁷BENOIT Christine, Op.cit. P. 55-56

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

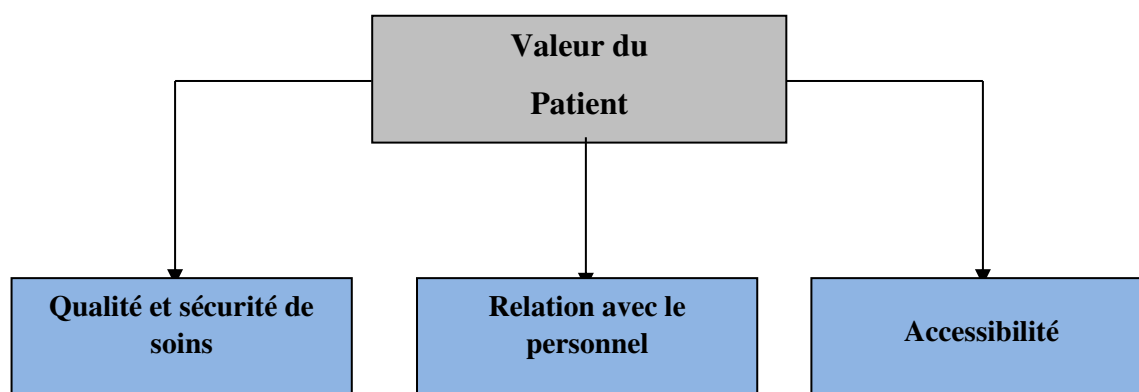
unité, chaque service, chaque pôle possède des caractéristiques, des cultures et des objectifs différents. Chacun doit réfléchir à la manière d'articuler les différences et les similitudes. Il faut garder à l'esprit que les questions opérationnelles sont des questions humaines et vice versa²⁰.

Mais aussi de mettre une organisation axée sur les attentes des patients, c'est-à-dire c'est d'avoir un esprit tourné vers la qualité, la réactivité et la fluidité afin de répondre aux attentes des patients.

La difficulté essentielle est liée à la complexité de cette organisation qui repose à la fois sur la prise en charge de pathologies différentes, programmées ou non, la diversité des acteurs et des services, une culture spécifique, le désir d'offrir la meilleure qualité et sécurité des soins tout en étant attentif à la maîtrise des coûts²¹.

Le schéma ci-après montre la valeur perçue par le patient dans un établissement de santé :

Schéma N° 02 : Valeur perçue par le patient



Source : BENOIT Christine, *Manager un Établissement de santé*, 2^{em} édition, édition GERESO, le Mans, 2015, P. 85.

Ce schéma montre que les patients sont attachés à trois critères qui génèrent de la valeur ajoutée²² :

²⁰BENOIT Christine, Op.cit.

²¹Ibid.

²²BENOIT, Christine, Op.cit. P. 84.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

- La qualité et la sécurité de soins : elles sont liées aux activités de diagnostic, de prescription et de production d'actes médicaux, il s'agit de l'activité principale d'un établissement de santé,
- La relation avec les praticiens et le personnel : au-delà, de l'activité purement curative les patients souhaitent bénéficier d'une prise en charge globale (psychologique, compréhension, qualité de l'accueil, soutien morale...),
- L'accessibilité : elle comprend les composantes organisationnelle, telle que l'accès aux soins en temps et lieu voulu, le délai d'attente, la simplicité des démarches administratives, les structures d'accueils...

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

Pour mettre correctement en œuvre une relation contractuelle, on doit passer par plusieurs phases à savoir :

1. PHASE I : Préparation d'une relation contractuelle :

Cette phase commence dès que les acteurs du système de santé prennent conscience que la contractualisation représente la solution la plus adéquate à un problème bien diagnostiqué. Elle se prolonge, jusqu'à ce que ces acteurs procèdent effectivement à la formalisation de cette relation.

Cette phase est d'une importance cruciale dans le processus contractuel, la réussite ou l'échec d'une relation contractuelle dépend d'une importance accordée cette dernière, elle se base sur deux facteurs importants

La nécessité, de déterminer un objet claire de la contractualisation :

Vue la complexité des relations contractuelles, l'objet de la contractualisation se distingue d'un type de relation contractuelle à un autre. En effet, l'objet d'un simple contrat de sous-traitance n'a pas la même importance que l'objet d'un contrat de dévolution d'une zone géographique à une ONG dans le but de prendre en charge la santé de la population de cette dernière.

On doit faire distinction entre les relations basées sur la compétition et les relations qui sont basées sur le partenariat (coopération) :

Une relation basée sur la compétition²³ : dans ce cas, on suppose qu'il y a un acteur (le principal, selon la théorie de l'agence) qui propose une relation contractuelle et d'autres acteurs (agent) qui se mettent en concurrence pour être sélectionnés par l'initiateur de cette relation. C'est le cas par exemple d'un Hôpital qui envisage de sélectionner l'acteur privé le

²³ OMS : La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE », discussion paper N° 4, 2006

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

plus compétitif (selon le prix et la qualité de son service) dans le but d'externaliser son service de restauration.

Une relation basée sur le partenariat ²⁴: dans ce cas, les partenaires fondent leur relation sur la base de la confiance et la négociation, le choix se fait de gré à gré et loin de la concurrence.

C'est le cas par exemple d'un hôpital qui a conclu un contrat avec un acteur privé, à la fin du premier contrat et après la bonne prestation et les bons résultats réalisés. La direction de l'hôpital décide donc de reconduire cet acteur pour un autre contrat négocié avec la manière gré à gré basée sur la confiance qui sera traduite dans le comportement d'honnêteté des acteurs en dévoilant leur vraie compétence et dans l'exécution des clauses des contrats sans faire trop appel aux instruments de contrôle et d'incitation qui sont généralement coûteuses. Cette logique encourage les contractants à inscrire leur contrat dans le long terme ce qui diminuera les coûts engendrés par l'organisation des marchés (appels d'offre) et gagner le temps consacré à ce genre de procédures juridiques et administratives²⁵.

Dans les deux cas de type de relations contractuelles citées précédemment, les étapes à suivre pour la conduite d'une relation contractuelle restent valables dans l'ensemble.

1.1. Identification des acteurs :

Il est important de connaître clairement le statut des acteurs (public, privé) et leur caractère légal. L'importance de cette distinction est justifiée par l'importance du choix du type de contrat et le droit qui régit le déroulement des clauses de ce contrat. La distinction donc entre droit public et privé est d'une importance majeure.

Les attentes des deux acteurs sont en grande partie divergentes puisque l'acteur public veille sur l'amélioration de l'état de santé de toute la population un objectif donc, d'intérêt général. Par contre l'acteur privé ne pense qu'à réaliser des résultats financiers positifs, un but donc purement lucratif

Les acteurs contractants doivent être informés du type du contrat qui les a réunis, contrat administratif, contrat de droit public ou privé.

²⁴ Idem

²⁵ OMS « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration des systèmes de santé », discussion papier n°1, 2004.p45

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

1.2. La reconnaissance des acteurs identifiés :

L'émergence et l'augmentation sensible des nouveaux acteurs impliqués dans le secteur de la santé et leur degré élevé de spécialisation rend plus difficile la mission de connaître tous les acteurs, et parfois pour les connaître. Cela nécessite des coûts élevés²⁶. Dans ces conditions de l'absence de confiance entre les nouveaux acteurs, il faut chercher une solution adéquate à ce problème.

L'accréditation est donc l'une des solutions qui tente de régler ce problème de reconnaissance des acteurs. L'accréditation est une mission du ministère de la santé qui consiste à déterminer une liste des acteurs de santé qu'on estime capable de reprendre avec la meilleure façon aux attentes des populations.

La tâche de l'accréditation est confiée à un organisme autonome qui évalue chaque acteur qui active sur le champ de la santé. Cela se fait sur la base d'une liste des critères déterminés préalablement. À la fin de l'opération. Cet organisme dresse une liste des acteurs accrédités avec lesquels on peut entrer en relation contractuelle et dans lesquels on peut faire confiance.

En outre de l'objectif de l'amélioration de la confiance entre les acteurs de la santé, l'accréditation a d'autres objectifs ;

- ✓ L'amélioration de la qualité des prestations des soins
- ✓ L'évaluation continue permet d'estimer la capacité de l'établissement à améliorer la qualité des services rendus à la population.
- ✓ La formulation des recommandations permet de détecter les défaillances des établissements de soins et permet de centrer les efforts de l'amélioration sur les remarques faites par l'organisme.
- ✓ La reconnaissance de la qualité des soins par un organisme indépendant constitue un facteur de performance de l'établissement ce qui les motive à améliorer davantage leur qualité de service.

1.3. L'organisation :

À la fin de la phase de l'identification des acteurs, la phase de l'organisation commence. Elle contient aussi plusieurs étapes.

²⁶ Les coûts de la recherche de l'information suffisante sur les acteurs à contracter et sur l'objet du contrat

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

- Le rôle de chaque acteur dans une relation contractuelle :

Le rôle de chaque acteur dans une relation contractuelle est différent d'une relation contractuelle à une autre, selon la complexité de cette dernière. Si on prend l'exemple d'une relation de sous-traitance, le sous-traitant doit assurer une bonne prestation de service, le sous-traité doit assurer le paiement (le prix) de la contrepartie des services rendus comme il a été déterminé pendant la négociation du contrat. Mais dans le cas d'une relation contractuelle plus complexe, on distingue des acteurs qui sont impliqués dans une relation sans être engagés directement dans la relation. Par exemple, dans le cas d'une relation contractuelle entre les médecins privés et les mutuelles de santé, le ministère de la santé est impliqué dans cette relation indirectement en assurant les missions suivantes ; information, consultation...

- Diagnostic :

Le diagnostic se base essentiellement sur l'analyse de la faisabilité qui se compose à son tour en trois volets d'analyse ; analyse stratégique de la relation, identification des contraintes et une étude économique.

❖ Analyse de la faisabilité :

L'analyse de la faisabilité consiste à une évaluation des coûts et les avantages attendus de leur relation (analyse coûts avantages)²⁷, représente une réponse claire aux différentes interrogations et hésitations de plusieurs acteurs, elle consiste à la contribution de chaque partie contractante à l'évaluation exacte des coûts des services à fournir. Bien qu'elle engendre des coûts supplémentaires, mais elle participe aussi à l'accélération des procédures qui suivent.

Cette phase est très importante surtout dans les relations contractuelles basées sur la coopération, mais elle n'est pas adaptée à la relation de type de passation de marché par voix d'appel d'offre, dans ce cas l'initiateur a déjà fixé le coûts minimum de cette relation et les autres acteurs procèdent à l'évaluation économique de cette offre. Ensuite, chacun propose un prix supérieur aux coûts minimum mais qui lui permet de rester en concurrence avec les autres acteurs intéressés.

En faisant cette analyse, on doit se baser sur des déterminants bien précis :

²⁷ L'analyse couts-avantages consiste à comparer les gains et les profits qui seront tirés de cette relation et les coûts dépensés dans cette transaction, si ces derniers sont supérieurs aux gains l'acteur renonce et il ne continue même pas les étapes suivantes.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

❖ Analyse stratégique de la relation :

Les acteurs qui souhaitent s'engager dans une relation contractuelle doivent avoir des informations suffisantes sur les facteurs environnementaux, le profit épidémiologique, les stratégies politiques et économiques... On peut répartir ces éléments d'analyse stratégique en trois (03) rubriques

- ✓ Le repérage des éléments de contexte.
- ✓ La détermination des obstacles à éviter ou à contenir.
- ✓ Identification des agents et des facteurs de facilitation (les intermédiaires en cas de litiges).

❖ Identification des contraintes :

On peut classer les contraintes qui peuvent être des obstacles à la mise en œuvre d'une relation contractuelle en deux types

❖ Les contraintes contractuelles :

Ces contraintes apparaissent pendant la phase de préparation. Elles se sont identifiées pendant les premières études menées par les futurs contractants, elle consiste à confirmer ce qui suit

- La disponibilité des moyens, des équipements et le personnel qualifié pour l'exécution du contrat.
- Avoir une idée claire sur le cadre juridique et réglementaire qui autorise ce genre de relation contractuelle.
- La capacité juridique et financière de la structure à contracter.

Les contraintes exécutives :

Avant de se lancer dans l'application des clauses du contrat, les partenaires doivent prendre en compte deux facteurs très importants :

- ✓ Le facteur temps et le respect des délais.
- ✓ Classement par priorité des actions à mener selon le degré d'urgence des problèmes à résoudre.
 - La contrainte du temps

Tous les projets à réaliser sont soumis à un calendrier bien déterminé préalablement, les partenaires doivent impérativement le respecter parce qu'il s'agit d'un domaine très sensible qui est celui de la santé.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

Ce secteur, plus que les autres, exige des actions bien précises réalisées dans des délais aussi précis sans prolongation ou retard.²⁸

- Le degré d'urgence

Quand les partenaires déterminent un plan d'action, ils doivent élaborer une liste des actions à mener par ordre de priorité sur la base de l'urgence de l'action.

❖ Etude économique :

Elle est traduite par l'évaluation des coûts et la recherche des sources de financement pour cette transaction. Cette phase constitue le déterminant le plus important dans l'analyse de la faisabilité, elle consiste à faire une estimation des moyens humains, matériels et financiers nécessaire à assurer le bon déroulement des contrats et chercher aussi à déterminer à l'avance l'origine de ces ressources.

2. PHASE 2 : La formalisation de la relation contractuelle :

La phase de la formalisation d'une relation contractuelle commence dès que les partenaires terminent la phase de préparation du contrat, elle termine à la signature et la diffusion du contrat. Cette phase contient plusieurs étapes.

2.1. Etape de la négociation :

Tout au long de cette phase les futurs contractants procèdent à un processus de négociation des clauses du contrat en établissant un espace de communication qui permet aux acteurs de clarifier un certain nombre de points importants à savoir :

- Déterminer les engagements de chaque acteur en détaillant les tâches et les missions de chacun d'eux.
- Déterminer les résultats attendus pour chaque partie, soit en terme financier ou bien en termes de qualité des services fournis.
- Avoir une idée précise sur les conséquences et les sanctions d'un non respect des engagements de chaque acteur.
- L'objectif de l'étape de la négociation est de minimiser les risques de litiges qui provoquent une augmentation sensible des coûts de cette transaction.

2.2. Etape de rédaction de contrat :

Dans la rédaction d'un contrat, il convient d'éviter deux limites : la première est lorsque le contrat est rédigé sur une page, sans contenir le minimum d'informations nécessaires pour servir comme un cadre de référence pendant l'exécution du contrat. La

²⁸ Si on prend l'exemple d'une campagne de vaccination qu'on doit réaliser en urgence pour lutter contre une maladie qui se propage rapidement dans la population, le respect des délais devient l'une des conditions de la réussite de l'opération. Si non, un retard dans l'exécution peut compliquer la situation et on perd facilement le contrôle de la maladie

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

deuxième : est celle de la rédaction du contrat sur une centaine de pages avec les moindres détails au point de ne pas donner une petite liberté aux contractants de réagir aux éventuels événements imprévus. Il est toutefois important de s'entendre sur le degré de la précision du contrat, cette dernière dépend d'une grande partie de type de contrat (contrat classique ou contrat relationnel), elle a un impact sur la compréhensibilité du document qui implique sa bonne exécution, sur les coûts de cette transaction et sur la qualité du partenariat en général.

Pour que le contrat soit clair et précis, il doit tenir compte des éléments suivants, c'est-à-dire une structure type de contrat.

1. Une référence claire à une politique nationale de santé ou une politique contractuelle (contexte du contrat).
2. Identification des parties prenantes et leur statut juridique et le rôle de chaque acteur dans cette relation.
3. L'objet de contrat doit être bien précisé dans le contrat.
4. Rappeler les partenaires de quelques règles générales lorsqu'il s'agit d'un service public (les conditions d'axer aux soins, les tarifs appliqués, etc.).
5. Les moyens à mettre en place et les objectifs à atteindre doivent être clairement déterminés et acceptés par contractants.
6. La durée du contrat doit être bien déterminée et renouvelable.
7. Détermination des indicateurs de performance pour pouvoir évaluer les résultats.
8. Détermination des mécanismes de suivi et de contrôle.
9. Détermination des mécanismes de résolution des problèmes et des conflits et les instances qui s'en chargent.

2.3. Validation d'un contrat :

Une fois le document est rédigé et avant de procéder à son application, il faut que les parties prenantes obtiennent une approbation préalable, c'est l'étape de la validation du contrat.

Pour la validation de contrat, il est nécessaire de vérifier quatre (04) conditions
consentement des acteurs

La décision de s'engager dans une relation contractuelle doit découler directement d'une volonté personnelle du contractant. Cependant, aucun acteur ne sera obligé de passer un contrat avec un autre acteur, le ministère de la santé peut inciter un acteur à entrer dans une relation contractuelle en lui facilitant les procédures ou avec des incitations financières mais il ne peut jamais le forcer à le faire.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

- **La capacité à contracter :**

L'acteur qui souhaite entrer en relation contractuelle doit avoir un statut juridique qui lui permet de signer le contrat ou bien une preuve d'une délégation de responsabilité de signer le contrat.

- **Un objet certain :**

L'objet du contrat doit être clairement défini dans le contrat. Il est parfois la cause des conflits, lorsque cet objet n'a pas été suffisamment clair, dans le cas par exemple d'une relation contractuelle entre acteur privé et une tutelle publique, lorsque les deux parties ne détiennent pas le paquet minimum de service à fournir à la population cette ambiguïté peut être l'origine d'un conflit entre ces contractants.

- **Une cause licite :**

Le contrat ne peut jamais porter sur des causes en contradiction avec l'objectif noble de la contractualisation. Toute cause en divergence avec le but de l'amélioration de la santé de la population ne sera pas validée.

2.4. Signature du contrat :

Cette étape vient pour officialiser la relation en procédant à la signature du document (le contrat) cette signature signifie une approbation de toutes les clauses du contrat et ses détails. Avant de signer ce contrat, les négociateurs doivent informer les décideurs de la version finale du contrat avant qu'elle soit approuvée par la tutelle (conseil d'administration, ministre). Pour cela, on doit vérifier quelques principes concernant la signature du contrat.

- Il faut faire une distinction entre deux cas en utilisant le terme «signataire ». Ce mot peut signifier : premièrement, l'institution ou bien la tutelle (la personne morale) qui signe le contrat. Deuxièmement la personne qui représente cette institution qui applique les instructions de cette dernière.
- La capacité juridique est une condition nécessaire pour la signature du contrat.
- Le nom de la personne signataire déléguée par une instance supérieure doit figurer dans le texte du contrat pour donner une démentions plus professionnelle à cet évènement (signature du contrat) il sera utile d'organiser une cérémonie de signature.

3. PHASE 3 : La mise en œuvre du contrat

Après la signature du contrat, les parties contractantes procèdent à l'application et la mise en œuvre de leur accord et les activités sur lesquelles se sont entendus en se référant quotidiennement aux clauses du contrat qui constituent une référence pratique.

Pendant l'exécution du contrat, il est impérativement nécessaire de respecter quelques principes :

3.1. Les principes d'application du contrat :

- L'application de toutes les clauses du contrat :

Les signataires du contrat doivent veiller sur la bonne exécution du contrat en préparant tous les moyens nécessaires, il est donc important de mobiliser tous les moyens financiers et envisager des formations pour le personnel lorsqu'il s'agit d'une nouvelle activité pour s'assurer du bon déroulement des activités.

Pour inciter les contractants à dévoiler leurs vraies compétences et écarter les effets négatifs de leur comportement opportuniste, des instances d'accompagnement et de suivi seront mises en place.

- La mise en place d'un comité d'intermédiation :

Un comité d'intermédiation doit être mis entre toutes les parties intégrantes du contrat, sa mission est de faire réunir ces dernières, périodiquement, pour discuter les états d'avancements des activités et poser les problèmes qui les empêchent à avancer dans les activités programmées.

- Le rôle du comité de suivi :

Le comité de suivi doit s'assurer que les rapports d'avancement sont réellement réalisés pour qu'ils ne restent pas que des pièces administratives.

Le comité de suivi doit avoir la capacité d'anticiper les conflits et de détecter les sources des problèmes à un stade précoce. Cela se fait généralement pendant les réunions périodiques.

3.2. Avenants et ruptures :

Pendant l'exécution du contrat et lorsque y a un problème qui bloque la relation, les contractants peuvent apporter quelques modifications aux clauses du contrat pour avoir plus de souplesse dans son application²⁹, sous réserves de quelques conditions :

- Toutes les parties prenantes doivent être informées des modifications apportées.

²⁹ OMS, le recours à la contractualisation dans les systèmes de santé : principaux messages, résumés techniques pour décideurs, numéro 04, 2005, p34

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

- Consulter l'avis des instances de contrôle et des tutelles (le ministère de la santé) pour que ces modifications ne se divergent pas avec la politique nationale de santé et avec la politique contractuelle.
- Toutes les parties prenantes du contrat doivent accepter les modifications.

3.3. Le contrôle :

Le rôle du contrôle est assuré par l'administration sanitaire centrale, elle veille donc sur l'encadrement de ces relations avec les lois et règlements (code de la santé publique) et avec le contrôle direct (avec les comités de suivi et de contrôle). Le contrôle sera plus rigoureux lorsqu'il s'agit d'un service public.

4. PHASE 4 : Fin-du contrat

Pendant la négociation d'un contrat, parmi les éléments à négocier : la durée du contrat, à la fin donc de cette durée. Trois (03) possibilités se présentent : renouvellement, renégociation, arrêt.

4.1. Le renouvellement :

À la fin du contrat du contrat, si les parties concernées par le contrat ont obtenu des résultats satisfaisants, ils décident alors de renouveler le contrat avec les mêmes conditions de départ.

4.2. La renégociation :

Dans ce cas, les partenaires ne sont pas totalement satisfaits des résultats obtenus. Ils proposent que si quelques clauses du contrat seront modifiées, les résultats seront beaucoup mieux ; alors ils décident de maintenir le même contrat mais avec la renégociation de quelques conditions et quelques clauses qui ont gêné le bon déroulement des activités du contrat écoulé.

4.3. L'arrêt :

Lorsque les résultats réalisés ne sont pas à la hauteur des attentes des résultats escomptés, les partenaires décident de ne pas renouveler le contrat.

La mise en place d'une relation contractuelle passe par plusieurs étapes. Le respect de toutes ces dernières peut faciliter le processus et évite les éventuels litiges qui peuvent provoquer des couts supplémentaires.

III. La politique nationale de sante et la politique nationale de contractualisation :

Pour appliquer le principe de la contractualisation dans un cadre systémique, des outils s'avèrent nécessaires comme la politique nationale de santé et la politique nationale de contractualisation. Il est donc nécessaire de les développer ci-après.

1. La politique de santé :

Pour bien gérer ces systèmes et bien orienter leur action dans le but d'atteindre des objectifs préalablement définis, l'existence d'un instrument fiable s'impose, et qui est représenté par la politique nationale de santé.

1.1. La politique nationale de santé :

La politique de santé est les principaux axes des stratégies et des moyens à mettre en place pour mener une action qui vise la satisfaction des besoins en santé des patients. Ces politiques sont élaborées pour atteindre des objectifs répartis en deux options stratégiques.

- Des objectifs de la politique de santé axés sur l'amélioration des solutions aux problèmes de santé³⁰; comme la lutte contre les maladies les plus dangereuses et trop coûteuses (les Maladies Cardio-vasculaires, le Cancer, le Diabète....) en essayant le maximum possible de réduire leur impactes sur le niveau de morbidité et de mortalité dans la population.
- Les objectifs de la politique de santé axés sur l'amélioration des structures et des services³¹ telle que la modernisation des structures des soins, l'introduction des nouvelles techniques de l'information et de la communication dans les hôpitaux (télé médecine, améliorer la formation des médecins, etc.)

Principalement, une politique de santé doit répondre, entre autre, aux questions suivantes :

- Quel niveau de santé veut-on atteindre ?
- Quelles sont les ressources que la communauté nationale accepte de mobiliser, et ce en rapport avec le niveau de développement du pays ?
- Quel devrait être le système de financement de la santé ?
- Comment organiser la solidarité nationale en la matière ?
- Quels sont les grands problèmes de santé ?
- Quelle est l'organisation sanitaire la plus appropriée aux progrès enregistrés au

³⁰ OMS : « Une politique nationale de contractualisation Guide pour son élaboration et son suivi» discussion paper N° 2, 2007.p89

³¹ OMS : « Une politique nationale de contractualisation Guide pour son élaboration et son suivi» discussion paper N° 2, 2007.p89

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

niveau international ?

Les éléments de réponse à ces questions constituent une architecture globale et les grands axes d'une politique nationale de santé.

1.2. Le cadre systémique de la contractualisation :

La contractualisation peut être une idée isolée de deux ou de plusieurs acteurs du système de santé qui cherchent à mieux organiser leur relation dans le but de maximiser leurs profits sans considération pour l'intérêt général³².

Cette logique se diverge avec l'objectif de la contractualisation. Pour donner alors une cohérence à la contractualisation, il faut être capable de mettre toutes les relations contractuelles isolées (spécifiques) dans un cadre systémique global et cohérent qui peut améliorer l'efficacité du système de santé. Pour se faire, l'État doit avoir des outils pour constituer ce cadre systémique comme les politiques contractuelles, les conventions cadres et les lois et règlements.

2. Les politiques 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 population³³, le ministère de la santé définit 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 d'arrangements contractuels pour que toute relation contractuelle soit une traduction opérationnelle d'une stratégie globale de santé.

On peut distinguer principalement deux types de politiques contractuelles selon leur niveau d'intervention ; une politique globale et une politique spécifique de contractualisation.

2.1. La politique globale de contractualisation :

Le mi-chemin entre forte privatisation et une Étatisation complète repose sur un engagement politique qui 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

³² OMS : « Renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », rapport de secrétariat de la cinquante sixième assemblée mondiale de la santé, avril 2003.

³³ Boulamizet A. «La régulation de la contractualisation basée sur une coopération à la région sanitaire de Marrakech Transift al Haouz », mémoire présenté pour l'obtention de diplôme de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, institut national d'administration sanitaire. Maroc, 2008.P6

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

recommandée, elle est considérée comme l'une des stratégies la plus adéquate à cette mission.

La politique globale de contractualisation a comme mission principale de poser les grands axes d'une stratégie d'action dans le domaine de la santé dans le but d'atteindre des objectifs bien déterminés.

2.1.1. Les axes stratégiques de la politique contractuelle :

La politique globale de contractualisation doit se baser sur les axes stratégiques suivants :

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

- Le sous service à but non lucratif
- Le sous service privé à but non lucratif
- Le sous service public.

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

3. Améliorer l'efficacité des acteurs.

- La sous-traitance des services intermédiaires.
- La contractualisation au niveau des ressources humaines.
- Les contrats de performance.

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

5. Promouvoir la coopération interinstitutionnelle.

- Le contrat de jumelage.
- Les contrats avec les institutions de formation.

6. Le recours à la haute technicité.

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 de d'éviter, deux cas limites³⁴

- 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 événements imprévus et de freiner toute

³⁴ OMS : « Une politique nationale de contractualisation Guide pour son élaboration et son suivi » discussion paper N° 2, 2007.p66

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 seconde 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, cette déconnection entre l'aspect théorique et l'aspect opérationnel de la contractualisation et 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.

2.1.2. Les conditions à vérifier dans une politique de contractualisation globale :

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 événements 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 santé³⁵.

- **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 pays³⁶. Pour de nombreux pays la contractualisation ne pose pas de problèmes légaux mais pour d'autre il faut réadapter leurs loi aux nouveaux contextes en autorisant l'utilisation de la contractualisation comme solution qui vise à mieux organiser les systèmes de santé.

- **Définir les objectifs et les stratégies mises en place :**

La politique de contractualisation doit monter clairement les objectifs à atteindre en élaborant une liste exécutive de ses objectifs 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.

³⁵ Idem

³⁶ 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.p65

- **Déterminer les domaines contractualisables :**

La politique globale de contractualisation est sensée de designer les domaines dans lesquels on peut appliquer et développer les relations contractuelles, ceci dépend de la politique nationale de santé de chaque pays ; certains pays ont opté pour l'utilisation de cet outil au niveau des hôpitaux publics (en France : les réseaux de périnatalité dans la région RHONRSALPES), d'autres pays l'appliquent au niveau des centres primaires (Mali).

- **Déterminer les acteurs à contracter :**

Selon les domaines et les objectifs de la contractualisation, la politique globale de contractualisation est sensée de déterminer les acteurs qui ont un statut juridique et avec lesquels il est possible de s'engager dans une relation contractuelle après l'opération de l'accréditation.

2.1.3. Les principes de la politique globale de contractualisation :

Il est aussi intéressant que la politique nationale de santé globale respecte les principaux fondements suivants :

La politique contractuelle globale doit expliquer clairement que la contractualisation est l'un des moyens les plus efficaces d'organiser et d'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 santé³⁷.

Encourager les relations contractuelles existantes déjà et qui se convergent avec les principes de la politique nationale de santé mais arrêter aussi les relations qui visent des intérêts personnels des acteurs au détriment de l'intérêt général.

La relation contractuelle doit déterminer les domaines les plus prioritaires dans lesquels il est jugé intéressant de développer cet outil comme moyen de résoudre efficacement ses problèmes.

La PCG doit constamment procéder à une évaluation des résultats et une amélioration progressive des politiques contractuelles en les rendant plus adaptées à la

³⁷ Cette idée est trop fréquente dans les pays en développement, elle est souvent considérée comme la fin de la gratuité des soins.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

nouvelle situation, de nouvelles conjonctures économiques et de nouveaux profils épidémiologiques.

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.

2.2.1. Les domaines de la politique contractuelle spécifique :

- **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 TREATMENT SHORT-COURS), elle est considérée aujourd'hui l'une des politiques contractuelles spécifiques les plus efficaces pour la lutte contre la Tuberculose à moindre coût³⁸. Plusieurs pays ont mis en place cette technique à savoir : L'Inde, la Chine, le Cambodge...

- **Les interventions prioritaires de santé :**

Dans le cas, des interventions prioritaires pour la prise en charge d'une maladie spécifique et d'une population bien déterminée. Pour la prise en charge des maladies respiratoires chez l'enfant de moins de 10 ans, la politique contractuelle spécifique serve à définir les modalités de délégation de cette responsabilité à un acteur privé (ONG, hôpitaux privés, ... etc.).

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

³⁸ 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.p67

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

Dans ce cas, les relations contractuelles déterminent clairement les modalités de financement et de paiement des prestataires, les conditions d'adhésion. le paquet du service à fournir, les modalités de remboursement . . . etc.

- **La distribution des médicaments :**

Vu l'importance du médicament dans les processus curatifs, et vu les problèmes qui sont à l'origine, fréquemment, des situations de ruptures de stocks de médicaments dans les pharmacies centrales des hôpitaux publics, il est intéressant de développer des outils contractuels pour responsabiliser les acteurs privés dans la tâche de distribution des médicaments, l'approvisionnement des stocks et leur gestion au niveau des établissements de soins publics.

- **L'externalisation des services non médicaux :**

Pour permettre aux gérants 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 donc, pour confier à un acteur privé plus spécialisé, la responsabilité de la prise en charge des services non médicaux comme la restauration, la maintenance, la comptabilité . . . etc. qui sont généralement réputés de leur qualité médiocre lorsqu'ils sont gérés par les acteurs publics.

2.2.2. L'articulation entre les politiques contractuelles globales et les politiques contractuelles spécifiques

La politique spécifique de contractualisation doit être en pleine harmonie et en connexion totale avec la politique globale de contractualisation³⁹. 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 tâche d'adapter ces principes aux contextes, c'est-à-dire déterminer le cadre opérationnel et les domaines spécifiques et les procédures de la mise en application.

2.2.3. Les stratégies de la mise en application des PGC et PSC :

Pour bien articuler les deux niveaux des politiques contractuelles, et expliquer comment possède-t-on à leur mise en œuvre dans une optique chronologique, on a deux stratégies à suivre

³⁹ Laurent G. « La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'Hôpital public ; état des lieux et perspectives au regard de l'expérience du centre hospitalier de Blois » mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2004p98.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

- **La stratégie « TOP-DOWN » :**

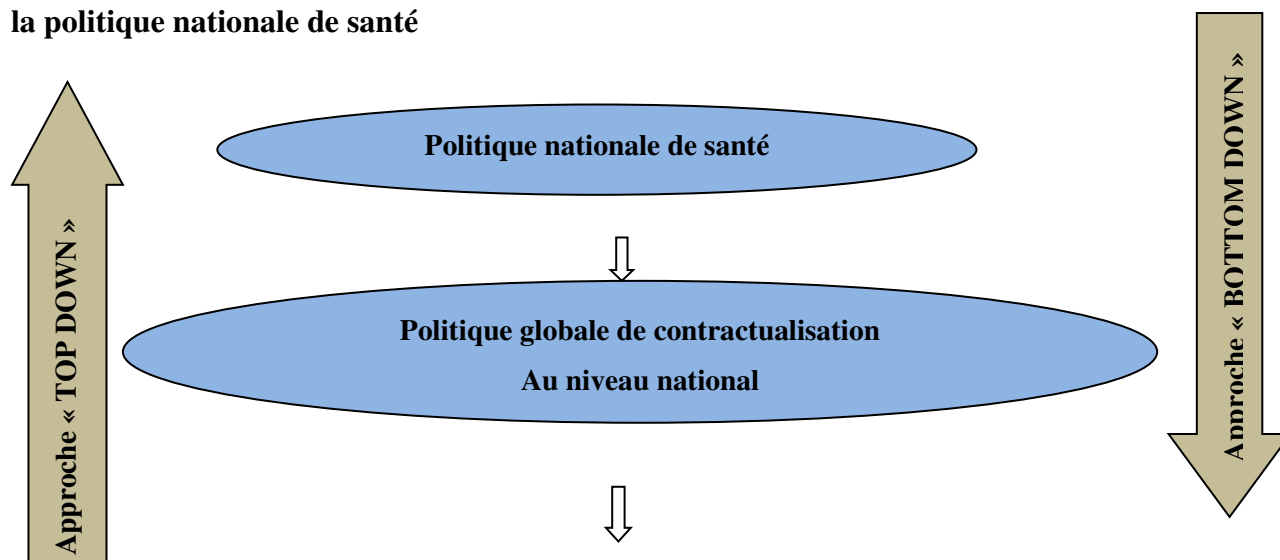
C'est une politique qui consiste à élaborer un plan d'action et une planification préalable des stratégies globales avant de les détailler une stratégie spécifique à chaque domaine (politiques spécifique), elle repose généralement sur des considérations théoriques et politiques. Les politiques spécifiques de contractualisation seront élaborées sous la lumière de la politique globale de contractualisation. Ensuite, en se référant aux politiques contractuelles spécifiques on lance des expériences empiriques et opérationnelles dans chaque domaine particulier en visant des objectifs de la politique globale de contractualisation.

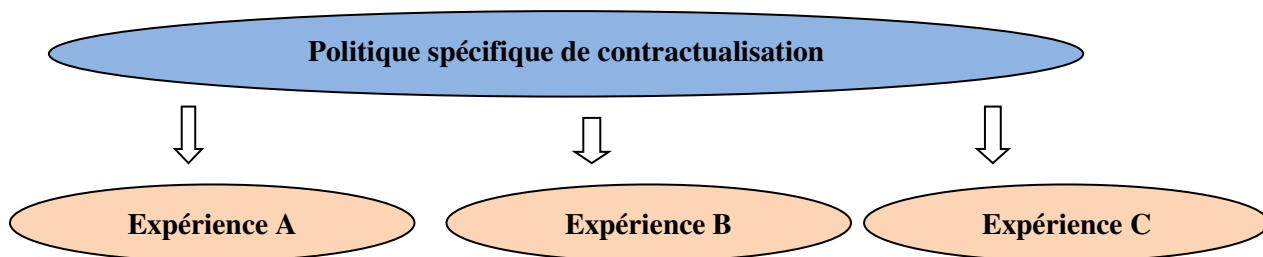
Ce genre de stratégie risque de ne pas répondre avec précision aux exigences des problèmes concrets du secteur de la santé, elle peut être donc élaborée sur la base des théories et des expériences lancées dans d'autres pays caractérisés par un contexte économique, politique et juridique quasiment différent. Cela est généralement provoqué par une insuffisante connaissance des principes de la contractualisation par conséquent une mauvaise application de cet outil.

- **La stratégie « BOTTOM-UP » :**

C'est une stratégie qui se base sur une approche positive, elle se base sur des expériences opérationnelles et concrètes menées dans le secteur de la santé. Premièrement, sur la base des résultats de ces expériences, on élabore un cadre de références représenté par les politiques contractuelles spécifiques et en suite pour donner plus de force et plus de crédibilité à ces politiques, on va les introduire dans un cadre plus global qui est la politique globale de contractualisation, le tout sera chapeauté par la politique nationale de santé.

Schéma N°03 : L'articulation entre la politique nationale de contractualisation et la politique nationale de santé





Source : OMS, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Genève. 2004. p56.

3. Les acteurs d'une politique contractuelle :

Il est intéressant d'identifier deux catégories d'acteurs ; l'acteur public représenté principalement par l'État et ses administrations déconcentrées d'une part et d'autre part, l'acteur privé (toute personne physique ou morale) qui sont intéressés par le secteur de la santé.

3.1. L'acteur public :

Les acteurs publics représentés généralement par le ministère de la santé en tant qu'acteur principal dans le fonctionnement des systèmes de santé, ses administrations déconcentrées (les directions de santé au niveau régional et local), les établissements publics autonomes.

L'État peut jouer un double rôle dans la politique de contractualisation ; L'État comme acteur qui s'engage pleinement dans une relation contractuelle, et l'Etat qui joue le rôle de régulateur des relations contractuelles.

3.1.1. L'État acteur dans une relation contractuelle :

L'État veut repenser son rôle dans le fonctionnement des systèmes de santé⁴⁰. Entre acteur exclusif qui s'en charge de toutes les fonctions : prestation de services, financement, contrôle, organisation, ... etc. et son désengagement total en confiant la mission de la régulation aux mécanismes de marché. La contractualisation permet donc à l'État de se positionner entre ces deux limites, ce positionnement peut prendre les modalités suivantes :
Prestation de services de santé

L'État peut faire appel aux outils de la contractualisation pour assurer une bonne couverture sanitaire de la population. En effet, il délègue la responsabilité de la gestion de ses structures de soins publiques, comme il peut aussi inviter les prestataires privés

⁴⁰ Bejean S. : « Économie du système de santé : du marché à l'organisation » éd. ECONOMICA. Paris, 1994-2003.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

propriétaire de structures de soins à participer à des missions de services publics. De cette façon, l'État reste le maître d'œuvre de la couverture sanitaire sans être complètement impliqué dans cette mission.

- **Achat de service de santé :**

En utilisant de contrat de service, l'État achète des services auprès des acteurs privés, au lieu de les produire lui-même, comme les services non médicaux (service de restauration, maintenance, comptabilité ...), et aussi comme les services d'activité Sanitaire spécifique : les campagnes de vaccination, lutte contre les maladies cardio-vasculaires, la tuberculose

- **La coopération contractuelle :**

Cette logique peut prendre des formes diverses, soit une coopération de l'État avec les autres pays dans le domaine sanitaire ou avec les partenaires au développement comme OMS, UNICEF, les ONG et les différentes associations.

3.1.2. L'État comme régulateur des relations contractuelles :

Dans la relation contractuelle, l'État est conscient des limites de son implication directe au tant que partie prenante d'un côté, d'un autre côté la nécessité d'assurer le rôle l'acteur garant l'intérêt général. Et qui organise et encadre les expériences qui se multiplient en fur et à mesure. Les modalités qui se présentent à l'État pour assurer ce rôle sont les suivantes.

- **Élaboration d'un cadre législatif et réglementaire :**

Au cours de ces dernières années, les mutations en profondeurs ont caractérisé l'évolution des systèmes de santé dans les pays en voie de développement, soit dans leur fonctionnement, ou encore dans l'organisation des relations qui se nouent entre les nouveaux acteurs. Ces changements doivent être accompagnés par une mise à jour et une actualisation de l'ensemble des textes, lois, règlement qui régissent le fonctionnement de tout le système de santé en général. L'objectif de ce renouvellement de l'arsenal juridique est de mieux encadrer les nouvelles relations contractuelles en délimitant le champ d'intervention de chaque acteur.

- **Création d'un système d'information :**

La création d'un nouveau système d'information devient une nécessité avec l'émergence de nouvelles relations contractuelles. Ce système permet de clarifier les évolutions de ce phénomène (le nombre de contrat, les domaines qui attirent le plus grand nombre d'acteurs, les contrats réussis et ceux qui ont subis un échec, la durée de chaque contrat, etc.) toutes

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

ces informations seront collectées dans une base de donnée qui sera un outil de base pour l'élaboration de la politique contractuelle. Ce système doit se baser donc sur les éléments suivants.

- **L'enregistrement des contrats :** tous les contrats passés entre les acteurs de la santé doivent être enregistrés dans un système d'information pour avoir une idée claire sur l'ampleur de cette dynamique et procéder à une évaluation permanente, par conséquent, améliorer progressivement les politiques contractuelles.
- **Une analyse détaillée des contrats :** L'État doit approfondir l'analyse de ces contrats en abordant plusieurs aspects : le nombre de contrat, type d'acteur impliqués, volume financier de chaque contrat, type de contrat, durée de chaque contrat . . . etc. ces détails sont considérés comme des critères d'évaluation et des sources d'inspiration pour les futures politiques contractuelles.
- **La mise en place d'un système efficace de contrôle et de suivi :** L'État est appelé à instaurer un système efficace de contrôle et de suivi de toutes les relations contractuelles, pour pouvoir sanctionner tous les comportements opportunistes et tout acte de non-respect des clauses de contrat. Ce contrôle sera traduit par la vérification de l'adéquation des modalités de la signature des contrats aux lois et textes législatifs, puis le suivi du processus de la mise en application des clauses du contrat, et en fin les procédures de renouvellement des contrats. L'État peut aussi jouer le rôle de l'intermédiaire dans la résolution des conflits entre les contractants.
- **L'encadrement technique :** Vue la jeunesse de ce processus et le manque d'expériences appliquées dans ce domaine, les acteurs de santé manquent de bases théoriques et d'encadrement technique, pour pallier cette défaillance, l'État intervient pour fournir un appui technique pour les contractants tout au long de la période de formalisation du contrat en organisant des séminaires, des colloques et des journées d'étude sur ce thème. L'État peut aussi veiller sur l'information pour qu'elle soit équitablement répartie entre les différentes parties prenantes, et lutter contre l'alia moral et la sélection adverse.
- **Les incitations :** Les incitations sont un facteur très important dans l'encouragement des acteurs de la santé à s'engager dans ce processus. Cela peut être traduit par des primes, des subventions ou bien des exonérations fiscales⁴¹.

⁴¹ En Tunisie, par exemple, l'État réduit ou dispense les importateurs du matériel médical du paiement des frais de dédouanement ce qui a incité les investisseurs à s'intéresser au domaine médical.

Chapitre II : Le cadre opérationnel de la contractualisation

Toutes ces mesures ont un objectif d'inciter les acteurs à dévoiler leur vrais compétences et fournir le maximum possible d'effort pour réaliser une tâche donnée.

3.2. Les acteurs privés :

Les acteurs privés sont toutes les personnes physiques ou morales de droit privé qui envisage d'être partenaires au développement du secteur de la santé. Leur participation dépend de l'accréditation administrative et de leurs compétences techniques. Ils sont tenus de respecter les principes et les orientations de la politique la politique contractuelle et de participer à son évaluation afin d'améliorer progressivement ce cadre opérationnel.

Les acteurs privés, selon leurs objectifs, se divisent en deux types d'acteurs : ceux qui cherchent à réaliser des bénéfices, ils ont donc un but lucratif. Et ceux qui ont un caractère associatif donc sans but lucratifs.

3.2.1. Les acteurs privés à but lucratif :

Les acteurs à but lucratif sont tous les prestataires de services de santé qui visent à maximiser leurs intérêts (résultats financiers), c'est-à-dire réaliser le maximum possible du gain matériels. Leur objectif se diverge donc avec celui de la politique contractuelle qui est l'amélioration de l'état de santé des populations. L'objectif de l'État est d'essayer de faire intégrer ces acteurs privés, réputés de fournir des prestations de bonne qualité, dans le secteur public de santé en les incitant, par le moyen de la contractualisation, à assumer une mission de service public.

3.2.2. Les acteurs privés à but non lucratif :

Les acteurs privés à but non lucratif (ex : les ONG, les associations, les églises ...) qui s'intéressent de plus en plus au secteur de la santé et qui activent bénévolement dans ce domaine en visant des objectifs humanitaires loin des profits et les résultats financiers. Leurs objectifs d'ordre financier se limitent au recouvrement des coûts de fonctionnement de leurs infrastructures à travers les subventions de l'État, le paiement symbolique des patients, les aides et les dons et les subventions des organismes internationaux comme L'UNICEF. ONU...

Conclusion :

Elaborer, mettre en œuvre et évaluer une relation contractuelle n'est pas une activité habituelle, la contractualisation dans le contexte d'un système de santé, en particulier dans les pays en développement, était un phénomène nouveau et l'on disposait de peu d'expériences concrètes de sa mise en œuvre. La multiplicité des types de ces relations contractuelles rend la mission de sa mise en place une activité compliquée. Par conséquent, les décideurs et les acteurs impliqués se doivent d'accorder une grande importance au cadre opérationnel de la contractualisation.

Pour que la contractualisation aboutisse, il est nécessaire de définir le projet d'établissement. Ce dernier permet une approche globale qui intègre les logiques organisationnelles et guide les établissements de santé dans leur quête de la *performance*. La contractualisation ne se résume pas à des contrats répondant aux attentes personnelles des acteurs du système de santé, mais d'inscrire ces arrangements dans une politique contractuelle qui vise à, son tour, un objectif plus global qui est celui de l'amélioration de la performance des systèmes de santé. En recherchant, la meilleure façon d'organiser et de gouverner un système de santé

L'interprétation et les formes de mise en œuvre de la contractualisation sont très diverses selon le contexte institutionnel et social de chaque pays et la mise en place de cette relation contractuelle sans maîtrise et sans respect du cadre opérationnel peut être à l'origine d'inefficacité, et peut même perturber gravement le fonctionnement des systèmes de santé.

Liste des tableaux et schémas

Liste des tableaux :

Tableau n°1 : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (1970-1999).....	10
Tableau n°2 : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (2011-2012).....	11
Tableau n°3 : Unité d'œuvre.....	91
Tableau n°4 : Extraction /Consultation Tarifs par spécialité	92

Liste des schémas :

Schéma n°1 : la logique de la contractualisation en Algérie	29
Schéma n°2 : Relations financières dans le système de santé	31
Schéma n°3 : La relation entre les différents volets du projet d'établissement	40
Schéma n°4 : Valeur perçue par le patient	44
Schéma n°5: L'articulation entre les la politique nationale de contractualisation et la politique nationale de santé	63
Schéma n°6: Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou	72
Schéma n°7: Organisation du bureau des entrées	82

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. Ahmad S, Jean-Marie A : « Lexique d'économie », Ed DALLOZ, 9^{ème} édition, 2006.
2. Bejean S. : « Économie du système de santé : du marché à l'organisation » éd. ECONOMICA.
3. BENOIT Christine, *Manager un établissement de santé*, 2^e éd, Le Mans, Edition GERESO, 2015
4. Bernard. Honoré. L'Hôpital et son projet d'établissement.1992, Edition. privé.14.rus.des art-b. 31080 Toulouse cedex
5. OUFRIHA.F.Z. les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, CREAD
6. ZEHNATI AHCENE, Reflets de l'économie sociale, *Les Évolutions récentes du système de santé Algérien*, Alger, CREAD, Centre de recherche en économie appliquée pour le développement, 2017.

Revue et périodiques

1. BOULAHRIK Mohand, *Financement du système de santé Algérien*, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 2016, N° 33,
2. CHACHOUA.L. Colloque international sur les politiques de santé. Le système national de santé 1962 à nos jours, Alger, MSPRH, 2014.

Dictionnaires, Encyclopédies Et Manuel

1. AFITEP, Dictionnaire de management de projet (1996)
2. Alain B, Antoine C, Christine D, Anne Mary D : « Dictionnaire de sciences économiques », Ed ARMAND COLIN, Paris, 2007, 2^{ème} Edition.
3. Dictionnaire, Larousse, disponible sur le site <http://larousse.fr/dictionnaires/français/>.

Travaux universitaires

Thèses de doctorat

1. NOUARA KAÏD, T. « 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'état en sciences économiques, université d'Alger, 2003.

BIBLIOGRAPHIE

2. SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat en sciences économiques, UMMTO

Mémoires de Magister

1. Boulamizat A. «La régulation de la contractualisation basée sur une coopération à la région sanitaire de Marrakech Transift al Haouz », mémoire présenté pour l'obtention de diplôme de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, institut national d'administration sanitaire. Maroc.
2. FOUDI Brahim, Magister en sciences économiques " La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux" Université de Bejaia, 2011
3. Laurent G. « La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'Hôpital public ; état des lieux et perspectives au regard de l'expérience du centre hospitalier de Blois » mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2004
4. TOUBAL Farida « Réflexion, analyse et perspectives de la gestion du service public de la santé à travers l'étude de la maîtrise des couts sanitaires : Cas du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI » Magister en sciences économique, UMMTO, 2008

Communication, colloques et séminaires

1. Abderrahmane DJ, " La réalité du système de sécurité sociale Algérien : crise ou conjoncture "Communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, Tizi Ouzou le 17,18 janvier 2010
2. Amrane. In : 1^{er} colloque internationale d'économie de la santé, université Abderrahmane-mira de Bejaïa 13, 14, 15 novembre 2006.
3. K. Aissanou and S. Adjabi, Prédiction de la consommation des médicaments au niveau de l'hôpital Khelil, 15 novembre 2006.

Rapports et documents administratifs

1. MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, 2008,
2. MSPRH, *organisation sanitaire*, disponible sur le site www.sante.gov.dz.
3. Rapport préliminaire du conseil national de la reforme hospitalière. In: <http://www.and.s.dz/reforme>
4. Statistique MSPRH 2012/2013

BIBLIOGRAPHIE

Textes règlementaires

1. La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, *relative à la protection et à la promotion de la santé*, article 04.
2. La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, *relative à la protection et à la promotion de la santé*, article 05.

Sites internet

1. CHU, NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, Historique du CHU de Tizi-Ouzou, [en ligne], disponible sur <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>.
2. Janvier 2008, In : <http://www.djazairess.com/fr/author>.
3. Karima Mokrani. Disparition des centres de santé et autonomie de gestion pour les hôpitaux et les EPSP. 13
4. OMS, les systèmes de santé, disponible sur le site, http://www.who.int/contracting/documents/documents_ref/fr/
5. Rapport NABNI 2020, Cinquante chantiers de rupture pour bâtir l'Algérie de 2020, Alger, NABNI, 2013, disponible sur le site, www.nabni.org, consulté le 03/10/2018.

Table des matières

Introduction générale	1
Chapitre I : Le système de santé algérien et le cadre conceptuel de la contractualisation	5
Introduction	5
I-Présentation du système de santé algérien et son évolution	5
I-1-Le système de santé algérien.....	5
I-2- Evolution des modes de financement du système de santé algérien.....	6
I-2-1- Période de financement mixte (1962-1974).....	6
I-2-2-Période de gratuité des soins « dotation global » (1974-1988).....	8
I-2-3- Période de réaménagement (1988-1998).....	9
I-2-4- Période de croissance (1999-2014).....	11
I-2-5- Situation sanitaire actuelle et condition de santé de la population.....	13
I-3-Analyse de l'offre de soins.....	15
I-4- Les sources de financement des hôpitaux.....	16
I-4-1- L'État.....	16
I-4-2- La sécurité sociale.....	17
I-4-3- Les ménages.....	17
II-Les principales réformes mises en œuvre pour le système de sante en Algérie	17
II-1. Réforme hospitalière.....	18
II-1-1-Définition de la réforme hospitalière.....	18
II-1-2-Les grands axes de la réforme hospitalière.....	18
II-1-2-1-Les besoins de santé et demande de soins.....	18
II-1-2-2-Structure hospitalière.....	19
II-1-2-3-Ressources humaines.....	19
II-1-2-4-Ressources matérielle.....	19
II-1-2-5-Le financement.....	20
II-1-2-6-L'inter-sectorialité.....	20
II-1-3- Les objectifs de la réforme hospitalière.....	20
II-2- La carte sanitaire.....	21
II-2-1-Historique de la carte sanitaire.....	21
III-Le cadre conceptuel de la contractualisation	23
III-1- Concepts de base de la contractualisation.....	23
III-2-Définition de la contractualisation.....	24

Table des matières

III-2-1- La contractualisation hospitalière.....	24
III-2-2-Les entités concernées par la contractualisation.....	25
III-2-3-Les objectifs de la contractualisation.....	28
III-2-4-La logique de la contractualisation en Algérie.....	29
III-3-Les niveaux de la contractualisation dans un système de santé.....	30
III-3-1- La contractualisation externe entre prestataire de soins et détenteur de fonds.....	30
III-3-1-1- La contractualisation entre prestataire de soins et détenteur de fonds, une relation.....	31
III-3-1-2- Le détenteur de fonds.....	31
III-3-1-3- La relations entre détenteurs de fonds et prestataires de services de santé.....	32
III-3-1-4- Le contenu de la contractualisation externe.....	32
III-3-2-1-La contractualisation interne inscrite dans une logique de management participatif.....	33
III-3.2.2. La contractualisation interne inscrite dans la démarche qualité.....	
III-3.2.3. La contractualisation interne est une relation basée sur la délégation de responsabilité.....	34
III-3.2.4. Les objectifs de la contractualisation interne.....	34
III-3.2.5. Mise en œuvre de la contractualisation interne.....	35
Conclusion.....	36
Chapitre II : Cadre opérationnel de la contractualisation.....	37
Introduction.....	37
I- Le projet d'établissement : conditions préalables à la mise en place de la contractualisation	
I-1- Concepts liés projet.....	37
I-1-1- Définitions du projet d'établissement.....	38
I-1-2-Les différents volets du projet d'établissement.....	39
I-1-3- Les finalités du projet d'établissement.....	41
I-1-4- La démarche de projet à l'hôpital.....	42
I-1-5-prés requis à l'élaboration du projet d'établissement hospitalier.....	43
I-1-6- Les enjeux managériaux et organisationnels dans un établissement de santé.....	44
II. Les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle	46
II-1- Phase I : Préparation d'une relation contractuelle.....	46
II-2- Phase 2 : La formalisation de la relation contractuelle.....	51

Table des matières

II-3- Phase 3 : La mise en œuvre du contrat.....	54
II-4- Phase 4 : Fin-du contrat.....	55
III- La politique nationale de santé et la politique nationale de contractualisation...	56
III-1- La politique de santé.....	56
III-1-1- La politique nationale de santé.....	56
III-1-2- Le cadre systémique de la contractualisation.....	57
III-2- Les politiques de contractualisation.....	57
III-2-1- La politique globale de contractualisation.....	57
III-2-2- La politique contractuelle spécifique.....	61
III-3- Les acteurs d'une politique contractuelle.....	64
III-3-1- L'acteur public.....	64
III-3-2- Les acteurs privés	66
Conclusion	67
Chapitre III : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou	69
Introduction	69
I- Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou	69
I-1- Historique Du CHU De Tizi-Ouzou.....	69
I-2- Le volet financier du CHU	71
I-3-Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou.....	76
II-Sous direction des activités de santé	80
II-1- Bureau des entrées.....	80
II-1-1-Les objectifs du bureau des entrées	80
II-1-2-Organisation du bureau des entrées	81
Le système d'information hospitalier.....	81
La fiche navette	82
II-2-Bureau de calcul des coûts	86
Le système de triple comptabilité hospitalière.....	87
Présentation des trois comptabilités.....	88
La méthode des sections homogènes	88
II-3-Bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé.....	90
III-Mise en œuvre de la contractualisation au CHU de Tizi-Ouzou.....	93
III-1-Mesures et actions engagées dans le cadre de la contractualisation.....	93

Table des matières

III-1-1- Réhabilitation du bureau des entrées.....	94
III-1-2-Suivi du dossier du malade	94
III-1-3-Informatisation des services hospitaliers et réseau informatique	95
III-1-4-Information et sensibilisation	96
III-1-5-Relation avec les partenaires sociaux	96
III-1-6- Evaluation de la prise en charge de la fiche navette	96
III-1-7- Contraintes rencontrées	96
Conclusion	96
Conclusion générale	98
Bibliographie	
Annexes	
Liste des tableaux et schémas	
Table des matières	