



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique
Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou



Faculté des sciences économiques, commerciales et
des sciences de gestion
Département des sciences économiques

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de
Master en Sciences économiques
Spécialité : Economie de la Santé



**Sujet : La contractualisation dans le système de santé en
Algérie : état des lieux.
Cas chu de Tizi-Ouzou**



Présenté par :
YELLES Linda

Encadré par :
Mme. KOLLI Sonia

Soutenu devant le jury composé de:

PRESIDENTE Mme SI MENSOUR .F
ENCADREUR Mme KOLLI .S
EXAMINATRICE Mme ANNANE .S

MC « B » UMMTO
MC « B » UMMTO
MA « A » UMMTO

Promotion : 2020 / 2021

Remerciement

Ce travail est le fruit d'un long processus d'apprentissage qui a bénéficié de la coopération de plusieurs personnes qui ont bien aimé me soutenir. Toutes ces bonnes volontés méritent d'être gratifiées.

Je tiens d'abord à remercier bon Dieu, le tout puissant qui m'a donnée la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Ma gratitude, mon profond respect et mon remerciement les Plus vifs s'adressent tout particulièrement à :

- Ma promotrice de mémoire **madame BENMANSOUR SONIA** pour sa disponibilité, ses précieux conseils et qui m'a toujours encouragé et manifesté sa confiance dans mes réflexions et mes analyses tout au long de ce travail.*
- Dans le même sillage, je voudrais aussi exprimer ma profonde reconnaissance à messieurs le **Professeur SALMI MADJID** (responsable de la formation : Economie de la santé) d'avoir répondu toujours favorablement à nos appels et à nos interrogations.*
- Mes remerciements vont également aux membres de jury, qui ont eu l'amabilité d'accepter d'évaluer mon travail.*

Enfin, je remercie tous ceux qui ont contribué, directement ou indirectement, à rendre cette ambition réalité et que je n'ai pas pu citer nommément.

MERCI

Dédicaces

Avant tout, je remercie le bon dieu de m'avoir donnée la santé, le courage et la capacité pour mener ce travail à terme.

Je dédie cet événement marquant de ma vie à ma très chère mère KHAËF Sadia, quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point te remercier comme il se doit. Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles.

À mon très cher père YELLES Amar tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager.

Que ce travail traduit ma gratitude et mon affection. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours. Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez. Puisse dieu, le très haut, vous accorde santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

À ma soeur adorable Sabrina et mes chers frères Said, Kader et Djamel, les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour vous, vous avez partagé avec moi les meilleurs moments de ma vie, aux moments les plus difficiles, vous avez toujours été à mes côtés. Puisse dieu vous donne santé, bonheur, courage et surtout réussite.

À mes très chères amies, en souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble et ainsi qu'à toutes les personnes qui m'ont encouragé de près ou de loin pour la réalisation de ce mémoire.

Yelles Linda

Résumé

En Algérie l'instauration de nouveaux mécanismes de financement basés sur des relations contractuelles entre la sécurité sociale, l'Etat et les différents établissements publics de santé constitue un des principaux volets de la réforme du système de santé et plus particulièrement de la réforme hospitalière. Le but principal de ce volet de la réforme est redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles. Cependant, trois décennies plus tard, la contractualisation n'a pas porté fruit ni dans sa conception ni dans son application comme étant nouvelle modalité de financement.

Mots clés: Contractualisation, hôpitaux, sécurité sociale, financement, Algérie.

Summary :

In Algeria, the establishment of new financing mechanisms based on contractual relations between social security, the State and the various public health establishments constitutes one of the main components of the reform of the health system and more particularly of the hospital reform. The main goal of this part of the reform is to redefine the relationships between the main actors of the health system in order to achieve greater efficiency in the use of available resources. However, three decades later, contractualization has not borne fruit either in its conception or in its application as a new method of financing.

Key-words: Contractualization, hospitals, social security, financing, Algeria.

Liste des abréviations

AMG : Assistance Médicales Gratuit

ASACO : Association De Santé Communautaire

CDI : Contrat Durée Indéterminé

CDD : Contrat Durée Déterminé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaires

CNAS : Caisse Nationale d'Assurances Sociables

CASNOS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non Salarient

DSP : Direction de La Santé et de la Population

DAS : Direction de l'Action Sociale

DEUA : Diplôme des Etudes Universitaires Appliquées

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialise

IB : Initiative de Banco

IEP : Indemnité d'Expérience Professionnelle

OCDE : Organisation de la Coopération et du Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PIB : Produit Intérieur Brut

RH : Ressource Humain

RC : Relation Contractuel

SSU : Secteur Sanitaires Universitaire

TS : Technicien Supérieur

TA : Théorie de l'Agence

UFC : Université de la Formation Continue

Sommaire

Introduction générale

CHAPITRE1 : Contexte générale de la contractualisation dans le système de santé.....12

Introduction chapitre1.....13

Section 1 : Qu'est ce que la contractualisation ?.....14

Section2 : Définition le système de santé.....15

Section3 : Les différentes formes et fondements théoriques de la contractualisation.....16

Conclusion chapitre1.....28

CHAPITRE2 : La contractualisation des relations entre établissement de santé, organismes de sécurité sociale et directions de l'action sociale.....29

Introduction chapitre2.....30

Section 1 : Evaluation de la distribution de soin en Algérie.....31

Section 2 : La contractualisation en Algérie.....39

Section 3 : Les facteurs imposants la réforme du mode de financement des hôpitaux en Algérie.....45

Conclusion chapitre2.....49

CHAPITRE3 : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas chu Tizi-Ouzou.....51

Introduction chapitre3.....52

Section1 : Présentation du chu nadir Mohamed de Tizi-Ouzou52

Section2 : La mise en œuvre de la contractualisation au chu Tizi-Ouzou.....66

Section3 : les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques.....77

Conclusion de chapitre3.....90

Conclusion générale.....91

Introduction générale

Introduction générale

La santé n'est pas seulement la médecine, c'est la vie sociale, elle est régie par la formule, offres de soins et demandes de soins, la maladie étant un critère du désordre social (**la déviance médicale est une déviance sociale**).

Le système de santé algérien, à l'instar des autres secteurs relevant de la gestion publique, ne peut pas en fait échapper aux contraintes d'efficacité économique et sociale voire même d'efficience, son évaluation doit s'inscrire dans une démarche de rationalisation de la décision économique publique. Certes, la réflexion économique a développée toute une batterie d'instruments de mesure des performances et de l'efficacité de la décision économique privée, mais elle a souvent ignoré la décision économique publique. En effet, la présence de l'Etat se projette à travers ses multiples interventions dans le domaine économique et social et ses interventions ne sont pas toujours ponctuées par les signes de profit et de la rentabilité. L'intervention publique dans le domaine de la production de soins s'inscrit dans le même sillage des attributions que s'assigne la puissance publique face aux risques maladies et autres risques guettant la collectivité.

La prise en charge de la santé des habitants figurait dans les principaux textes doctrinaux de la Charte Nationale de 1976 qui stipulait que : « *L'État a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population* ».

Ce principe est réitéré par la constitution actuelle en son art 67 qui garantit que : « *Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit...* ».

Sachant que dès les premières années de l'indépendance l'Algérie adopte une politique de santé axé en priorité sur la prévention dont l'état assure le financement.

Aujourd'hui encore le financement du système de santé est assuré principalement par : L'Etat (trésor public), la caisse nationale des assurances sociales (CNAS) et les usagers.

Dans le secteur public (étatique) les soins y sont quasiment gratuits, une contribution financière symbolique a été mise en place depuis 1995, elle est exigée des citoyens pour les consultations et les frais d'hospitalisation, les recettes sont destinées principalement à l'amélioration des conditions d'accueil, et de restauration (hygiène et entretien).

Le budget de fonctionnement de ces établissements de santé provient essentiellement de deux sources ; L'État dans la part représente 81% en 2013 et de la CNAS à 16% pour la même année.

Ces facteurs conjugués à la crise économique que traverse le pays ont conduit les pouvoirs publics à remettre en question les modalités de financement du système de santé, c'est ainsi que le concept de contractualisation, qui a pris naissance à partir de 1992, est remis à l'ordre du jour.

À noter que les rubriques des dépenses du personnel et de médicament représentent environ 80% de la dotation budgétaire de ces établissements.

Quant au budget d'équipement qui représente des investissements très lourds, qui sont entièrement à la charge de l'état.

Cette évaluation se veut être un moyen pour connaître les activités qui sont développées dans les établissements de santé en Algérie. Elle cherche à caractériser toutes les insuffisances et contraintes liées à leur exercice. Elle cherche également, à identifier les moyens à même de mieux cerner les activités des professionnels de Santé. Son objectif final réside dans la recherche de l'amélioration des prestations de soins tout en considérant les résultats de soins pour situer les performances ou les contre performances de notre système de santé et de déterminer le degré de sa dépendance vis à vis des systèmes étrangers. Il s'agit, en outre, de considérer la question de financement du système de soins et de la situer au centre des préoccupations des bailleurs de fonds, en l'occurrence l'Etat et la sécurité sociale, qui ne peuvent indéfiniment financer des dépenses de santé sans rechercher un moyen de les endiguer. A l'heure actuelle, le financement des structures de santé se fait à travers plusieurs modalités entre autres : un budget global émanant de l'Etat, un forfait hôpitaux supporté par la sécurité sociale et une contribution forfaitaire d'accès aux soins supportés par les malades solvables.

Problématique

Le propos du présent travail permet d'analyser les enjeux de la mise en œuvre de la contractualisation dans les hôpitaux publics en Algérie et les perspectives de son développement en tentant de montrer le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des hôpitaux et enfin, d'analyser ses apports en matière d'amélioration de sa gestion et les contraintes auxquelles l'établissement est confronté.

Tous cela ayant pour principal objectif d'induire un relâchement du goulot financier dans lequel se trouve l'état, quant à la prise en charge du secteur de la santé, ainsi que dans l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux usagers.

Compte tenu de la complexité de l'organisation hospitalière dans un environnement stable et complexe, et de frein que constitue le pouvoir qui a une influence sur les décisions prise au sein de cette organisation, on peut poser notre question centrale comme suit :

- La contractualisation, pourquoi et comment l'approche de la contractualisation a été comprise et introduite en Algérie ?

Pour mieux cerner notre problématique de notre sujet, on a subdivisé cette question centrale en trois :

- Quelles sont les étapes et mesures pratiques de la mise en œuvre de la contractualisation ?
- Quelles sont les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques ?
- Comment s'inscrire la contractualisation dans une démarche globale et systémique, la seule garante d'une intégration efficace de la contractualisation au système de santé ?

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

Hypothèse 1 : La contractualisation des relations entre les principaux acteurs du système de santé permet d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles et assurer un bon fonctionnement des établissements de santé.

Hypothèse 2 : la mise en œuvre du processus de contractualisation dans le secteur de la santé, afin de pallier aux inconvénients du financement actuel de ce dernier.

Hypothèse 3 : la définition et techniques d'élaboration de la contractualisation au sein d'établissement de santé en Algérie.

Objectifs de recherche :

L'objectif de la présente recherche est de montrer et comprendre comment la contractualisation contenir des informations pertinentes qui vont permettre à la direction des ressources humaines d'examiner dans quelle mesure les objectifs ont été atteints et de suivre

leur réalisation contribue à améliorer le processus de prise de décision au sein de CHU de Tizi-Ouzou.

Pour mener à bien notre étude et atteindre notre objectif, nous nous sommes fixé des objectifs spécifiques qui découlent de l'objectif générale tels que :

- Présenter l'état des lieux du CHU de Tizi-Ouzou concerne son fonctionnement, sa gestion, et surtout de constater les principaux dysfonctionnements liés au fonctionnement et à l'organisation, que connaît cet établissement.
- Comprendre les pratiques et enjeux d'élaborer la contractualisation, ce choix est expliqué par le fait que ce type de contractuels est lié à ce département RH et de service contractuels
- Les pratiques et les enjeux d'élaborer de la contractualisation au sien de chu Tizi-Ouzou. Ainsi que les risques visés.
- Statut Général de la fonction publique de la contractualisation au sien établissement de santé en algérien.

Méthodologie et plan de travail

Le plan de notre travail de recherche est subdivisé en trois chapitres, chacun est divisé en trois sections :

Premier chapitre consacré aux contextes générales de la contractualisation dans le système de santé.

Deuxième chapitre se penche sur la contractualisation des relations entre établissement de santé, organismes de sécurité sociale et directions de l'action sociale.

En fin, un troisième chapitre pratique, sera consacré à l'étude de cas que nous avons effectué au sein de CHU TIZI-OUZOU, dont l'objectif est de présenter la démarche empirique, qui est basée sur des analyses des documents recueillis et des résultats obtenus par rapport à mon entretien.

Chapitre 1 : contexte générale de
la contractualisation dans le
systeme de santé

Introduction

La santé est un droit humain pour tous les citoyens. C'est le rôle et la responsabilité des individus, de la société civile et des gouvernements de respecter ce principe. Le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des ressources humaines matérielles et financières destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le rétablissement de la santé de la population.¹

Aujourd'hui, Le système national de santé semble faire l'unanimité contre lui aussi bien de la part des usagers que de la part des professionnels de soins. Ces critiques sont fondées tant sur des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade et aux dysfonctionnements des unités de soins qu'à leurs résultats objectifs. Le recours à la contractualisation ouvre une série d'opportunités pour améliorer l'activité hospitalière. Toutefois, si les avantages d'un recours à la contractualisation sont nombreux, il faut aussi souligner les difficultés, les réticences et les enjeux politiques qui se cachent derrière. Enfin, il ne faut jamais sous-estimer qu'un recours massif à la contractualisation demande des compétences qui ne sont pas toujours présentes dans le monde hospitalier actuel et entraîne des coûts à la fois pour la formalisation et l'élaboration d'une relation contractuelle et surtout, pour sa mise en œuvre et son suivi.

Dans ce chapitre, un certain nombre de pratiques et de concepts seront défini pour une meilleure identification de la notion de contractualisation. Cette analyse devrait permettre de montrer l'importance de la contractualisation dans l'amélioration de la prestation du système de santé algérien. C'est pour cette raison que nous avons opté pour la méthode descriptive.

IL' agit de faire une description analytique du système de santé algérien dans toutes ses dimensions pour décrire le contexte et les conditions qui motivent les décideurs à intégrer la contractualisation, comme option stratégique principale à la réforme de système de santé².

¹Loi sanitaire 85.05, Art 4

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

1 Qu'est-ce que la contractualisation

- a. **Un contrat** : est une collaboration entre des partenaires [...]. C'est un instrument qui institue des règles ou clauses qui établissent la possibilité d'un comportement coopératif auxquels les deux parties ont intérêt. (OMS, 1997)
- b. **Un arrangement contractuel (ou un contrat)** : sont 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. Un contrat est donc une alliance volontaire de partenaires indépendants (OMS, 1997)
- c. **La contractualisation** : est un outil qui permet de formaliser la collaboration entre des acteurs qui partagent des objectifs communs et qui définissent ensemble les moyens de les atteindre (OMS, 2005)

F-Z. OUFRIHA (OUFRIHA F. Z., 1992, p. 205) définit la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale (D.A.S.) de wilaya comme étant : « ... c'est la délimitation plus précise de la quote-part respective des deux principaux financeurs : le budget de l'Etat et l'assurance sociale (...) et l'introduction des nouvelles catégories de payeurs en particulier (celle des non assurés, non démunis). Ces derniers doivent payer leur consommation au secteur public, en particulier l'hôpital. »

Ainsi, la contractualisation, devrait réorganiser les rapports et les relations entre d'une part les prestataires du secteur de la santé (hôpitaux publics, structures privées, pharmaciens, médecins dentistes, etc.) et d'autre part les bailleurs de fonds (la sécurité sociale). C'est une nouvelle perspective pour atténuer les enjeux hospitaliers névralgiques, caractérisés par l'augmentation incessante des dépenses, la complexité de l'organisation et la multiplicité des acteurs. De ce fait, la démarche contractuelle semble être un véritable vecteur de changement, permettant de combler les dysfonctionnements des établissements publics et d'instaurer des rapports organisationnels appropriés.

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). 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 (KHIATI, 2004, p. 2).

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. Elle permettra dans l'avenir une meilleure identification des besoins de santé, laquelle est capitale pour déterminer l'offre de soins et donc orienter les investissements.³

2 Définition du système de santé

- a. **Un système** : est l'ensemble des structures, institutions, personnels, bâtiments mettant en œuvre des procédés et des méthodes avec un certain objectif.
- b. **Santé** : la santé n'est pas seulement la médecine, c'est la vie sociale, elle est régie par la formule, offres de soins et demandes de soins, la maladie étant un critère du désordre social (la déviance médicale est une devance sociale).
- c. **Le système de santé** : peut être défini comme « l'ensemble des moyens organisationnels, structurels, humains, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé »

Selon L'OMS, on entend sous le terme de système de santé « toutes les activités, officielles ou non, qui portent sur les services de santé mis à la disposition d'une population et sur l'utilisation de ces services par la population »

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

Passé ce moment d'euphorie et après l'envolée de ces dernières, le temps de leur endiguement est enfin venu.⁴

Aujourd'hui, les meilleurs systèmes de santé sont ceux qui arrivent à maîtriser leurs dépenses tout en améliorant la qualité des soins dispensés. En effet, la qualité de soins devient

³ OUFRIHA F.Z. « Les systèmes de santé dans le monde » in Cahiers du CREAD n° 27 /28 3e et 4e trimestre 1992.

⁴ OUFRIHA F.Z. « Les systèmes de santé dans le monde » in Cahiers du CREAD n° 27 /28 3e et 4e trimestre 1992.

un sujet attrayant qui intéresse plusieurs chercheurs en économie de la santé, à travers le monde, dont les travaux s'orientent vers la recherche d'instruments susceptibles d'apporter une amélioration continue des prestations de soins.⁵

3 Les différentes formes et les fondements théoriques de la contractualisation :

3.1 Le rôle de l'Etat face à la contractualisation

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

Pour certains, l'Etat n'est plus en lui-même un facteur dysfonctionnel du système de santé mais un acteur, légitime au même titre que les acteurs privés. Cette légitimité lui donne un rôle très important à jouer tant en matière de production que d'information, c'est-à-dire de régulation. Toutes ces actions sont orientées dans la perspective de faire mieux fonctionner les marchés privés et publics de la santé et de l'assurance. À travers cette stratégie, l'approche contractuelle chercherait une meilleure organisation du secteur de la santé dans les pays en développement.

L'objectif est de mettre en relation sur des fonctions bien définies les divers intervenants du système de santé

3.2 La logique des relations contractuelles

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

Il existe de nombreuses typologies des relations contractuelles: certaines sont basées sur la nature du contrat (public - privé), d'autres sur les acteurs en présence, d'autres encore sur le

⁵ www.who.org

champ d'application du contrat (contrats au niveau des hôpitaux, contrat pour l'approvisionnement en médicaments...). Il est proposé de les regrouper en trois catégories selon l'objet du contrat, c'est-à-dire selon la finalité principale sur laquelle ces relations contractuelles sont basées.

3.2.1 Les relations contractuelles basées sur une délégation de responsabilité

Qui se réfèrent aux situations où un acteur préfère céder sa responsabilité, par contrat, à un autre acteur qui agira en son nom et à sa place: concession de service public (gestion déléguée) ou association au service public, liens avec les autorités de tutelles en sont les principales formes, relations entre le niveau central et le niveau local de l'administration sanitaire (contractualisation interne basée sur la notion de performance).⁶

3.2.2 Les relations contractuelles basées sur un acte d'achat

Correspondent aux situations où un détenteur de ressources financières préfère acheter la prestation de services plutôt que de produire lui-même ce service. La logique s'appuie ici sur un principe simple : un acteur de la santé, plutôt que de "faire", c'est-à-dire d'assurer lui-même la prestation, va en confier l'exécution à un partenaire contre rémunération.

3.2.3 Les relations contractuelles basées sur une coopération correspondant

À des accords établis à long terme, suivant une démarche participative qui implique les membres d'organisations indépendantes et met en commun leurs ressources.

3.3 Fondements théoriques de la contractualisation

L'approche contractuelle appliquée dans le domaine de la santé est issue de la théorie économique néolibérale notamment dans son approche néo-institutionnelle : une approche qui met l'accent sur le rôle des organisations et s'attaque à l'analyse des multiples formes de coordination en comparant leurs degrés d'efficacité. Mais, à la différence de l'analyse néo-classique habituelle, qui met l'accent sur les relations à travers un système de prix « le marché », l'approche néo-institutionnaliste s'intéresse aux rapports bilatéraux de type contractuel.

Cette approche dérive plus ou moins directement de ce que FAVEREAU.O qualifie de théorie standard élargie¹⁴ ; ce volet de la théorie économique regroupe un ensemble de travaux que l'on pourrait qualifier de POST-COASIENS : cette approche considère que l'échange efficace n'est pas forcément marchand et que le marché, comme moyen

⁶ lila.ziani@univ-bejaia.dz

d'allocation des ressources, est une alternative à l'organisation, conçue par ailleurs comme un ensemble de contrats. La politique contractuelle est issue de cette théorie.

Dans le domaine de la santé, le problème de la gouvernance se pose aussi. Les échecs subis par les tentatives de mise en œuvre de l'initiative de Bamako ont montré la nécessité de rechercher une troisième voie ; entre L'Etatisation complète du secteur sanitaire (modèle d'Alma-Ata) et sa libéralisation (modèle de l'Initiative de Bamako "IB").

Les acteurs amenés à intervenir dans le champ de la santé se sont diversifiés et leur nombre a augmenté. Il s'agit donc de trouver l'arrangement institutionnel propre à assurer la « bonne gouvernance » du secteur sanitaire. Et c'est tout *naturellement* dans la littérature développée par les néo-institutionnalistes qu'il faut se plonger pour mieux déceler une explication capable de fournir une interprétation aux stratégies coopératives à l'instar de la contractualisation.

Pour cela, nous devons mettre la lumière sur deux branches de la théorie néo-institutionnaliste qui sont respectivement l'économie des coûts de transaction due à COASE et Williamson, et la théorie de l'Agence de Jensen et Meckling¹⁹. Ce choix se trouve justifié par le fait que ces deux branches de l'analyse néo-institutionnelle fondent, depuis le milieu des années 90, la plupart des recommandations de politique économique d'organisations internationales de promotion du développement, telle que la Banque Mondiale⁷.

3.3.1 La théorie de l'agence

Parmi les cadres majeurs de l'analyse des formes d'organisation économique, on distingue particulièrement la « théorie de l'agence » qui focalise son analyse sur des relations interindividuelles. Elle cherche les principes sur lesquels sont fondées ces dernières et elle vise à détecter les problèmes qu'elles peuvent provoquer. Dans cette partie nous tenterons de montrer l'intérêt de cette théorie sur l'approche contractuelle dans un domaine spécifique qui est celui de la santé.

3.3.1.1 Le fondement de la théorie de l'agence

En 1976, Jensen et MECKLING définissent la relation d'agence comme « un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (*le principal*) engage une autre personne (*l'agent*) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir

⁷ COASE R H, économiste britannique né en 1910. Il a eu le prix Nobel d'économie en 1991 avec son article « *The nature of the firme* ». Il est l'un des premiers économistes, à s'être intéressé aux échanges qui ont lieu en dehors du marché

de décision à l'agent) ». D'autres auteurs, à l'instar de CHARREAUX, (1985), considèrent que toute relation de partenariat ou de coopération entre deux individus est une relation d'agence. Dans cette relation, on repère deux acteurs : Le premier est appelé « *agent* », celui qui agit (prendre en charge la tâche d'une autre personne qui ne peut pas ou qui ne veut pas l'assurer lui même). Le deuxième est le « *principal* », est celui qui délègue la responsabilité d'exécuter une tâche pour un autre agent. La distinction entre les deux se fait sur la base de l'information : généralement, l'agent détient une information à laquelle le principal ne peut pas accéder gratuitement (information coûteuse).⁸

3.3.1.2 Les problèmes auxquels s'intéresse la théorie de l'agence

Dans la mise en œuvre d'une relation entre deux ou même plusieurs acteurs, beaucoup de problèmes émergent. D'une part, du fait que les intérêts sont divergents, puisque chaque contractant cherche à maximiser son profit personnel, et d'autre part, à cause de l'inégale répartition de l'information entre les acteurs du système de santé. Dans l'analyse de la relation d'agence, on distingue généralement trois situations problématiques qui peuvent se produire à savoir : le risque moral, la sélection adverse et l'information asymétrique.⁹

○ Le risque moral¹⁰

Le risque moral persiste même en présence d'un contrat encadrant et définissant les droits et les obligations de chaque partie. Cette situation est traduite par le fait que le principal ne peut pas contrôler le comportement réel de son agent. Lorsque le principal n'a pas accès à une information complète relative au comportement de son agent, ce dernier peut s'acquitter d'une proportion indue, du bénéfice réalisé sur leur relation.

L'exemple le plus illustratif qui peut montrer fidèlement ce problème est celui d'un contrat d'assurance maladie ; entre l'assureur (principal) et l'assuré (agent) dont le premier ne détient pas une information suffisante relative au comportement de l'assuré et que ce dernier peut négliger les mesures de prévention qui peuvent augmenter la probabilité de la survenance du risque de fait qu'il n'est pas incité à prendre des mesures de prévention, puisqu'il est assuré. Ce comportement de (non prévention) de l'agent a des effets négatifs sur leur relation

⁸ Perrot J, De ROODENBEKE E. : « *La contractualisation dans les systèmes de santé, pour une utilisation efficace et appropriée* » ; Ed. KARTHALA ; 2005 ; p 504.

⁹ CHARREAUX J, dans son article « *La théorie positive de l'agence : positionnement et aspects* » décembre 1999

¹⁰ Appelée aussi « Anti sélection » développée par G.A. AKERLOUF en emportant son prix Nobel d'économie en 2001.

contractuelle. En effet, il peut être l'origine de plusieurs mésententes entre les deux parties qui perturbent cet arrangement et qui augmente sensiblement les coûts de cette transaction.

- **La sélection adverse**

« Il y a sélection adverse sur un marché lorsque l'asymétrie d'information conduit à éliminer les produits et /ou les agents économiques de meilleure qualité » C'est la situation où le principal ne détient pas une information suffisante (complète) sur la nature de l'objet à échanger. L'agent alors profite de son avantage d'accès à l'information afin de s'approprier d'une part plus importante du gain mutuel à partager selon les clauses du contrat. L'exemple susceptible à illustrer ce problème est celui du patient (principal) et le médecin (agent) qui manipule l'information qu'il détient sur la maladie du patient qui représente l'objet à échanger en l'occurrence, en multipliant les actes thérapeutiques qu'il va pratiquer dans le but de maximiser son revenu, s'il est payé à l'acte. La sélection adverse conduira alors à une relation d'échange de mauvaise qualité

- **L'asymétrie d'information**

Dans toutes les relations de type bilatéral (dans une situation d'un contrat), il y a une asymétrie d'information. Cela est vérifié lorsqu'un agent économique dénommé « agent » détient plus d'information sur l'objet de la transaction par rapport à un autre agent économique appelé « principal ». Par exemple, dans le cadre d'un contrat de travail, l'employeur ne détient pas toute l'information sur le comportement et les vraies compétences de son nouveau recruté. C'est pour cela qu'on parle parfois d'incomplétude du contrat du travail.

3.3.1.3 Les objectifs de la théorie de l'agence

L'objectif principal de la théorie de l'agence consiste à expliquer les différentes caractéristiques de la relation qui existent entre les acteurs impliqués dans une relation contractuelle, et chercher à optimiser les résultats tirés de leurs accords. Du fait, il faut savoir comment ces rapports contractuels sont établis et comment devraient être conçus.

Selon l'analyse de la théorie de l'agence, deux facteurs peuvent être des obstacles à la conclusion d'un contrat complet. Ils sont liés aux comportements des individus représentés par la rationalité maximisation des individus et leur égoïsme ou leur opportunisme.

Ces deux postulats comportementaux sont considérés comme des obstacles à la formalisation d'un contrat complet car les individus cherchent toujours à maximiser leurs

propres satisfactions sans considération pour l'intérêt général, ils visent à atteindre leurs propres objectifs qui ne correspondent pas forcément aux objectifs des autres individus. Ceci permet de déduire que, dans une relation contractuelle, les intérêts de chacun ont beaucoup de chances d'être au moins en partie divergentes.¹¹

Si on prend l'exemple du domaine de la santé, les intérêts du médecin (libéral) et du patient sont trop divergents ; le médecin cherche à maximiser son revenu en multipliant les actes qu'il pratique, alors que l'intérêt du patient consiste à regagner sa santé dans un laps de temps très réduit. Pour ces raisons et pour des raisons d'asymétrie d'information, ce type de relation donne lieu à des risques de litiges entre les deux parties.

Le but ultime de la théorie de l'agence consiste à rechercher la forme la plus efficiente du contrat. Un contrat qui limite au maximum possible les divergences d'intérêts entre les différentes parties à travers la mise en place d'un système d'incitation et de surveillance. Mais encore, la mise en place de ces systèmes engendre des coûts qui sont les suivants :¹²

3.3.1.4 Les coûts d'agence

Ce sont des coûts monétaires et non monétaires qui sont à la charge des deux parties du fait de la nécessité de mettre en place des systèmes d'incitations, d'obligation et de contrôle. Ils sont de deux types :

- **Les coûts de surveillance et d'incitation**

Ce sont des coûts à la charge du principal, leur but est d'inciter l'agent à dévoiler son vrai comportement et toute l'information qu'il détient sur l'objet de la transaction. Plus précisément, ce sont les primes qui encouragent l'agent à coopérer avec le principal. Dans le cas où, par exemple, un Hôpital délègue le service de la restauration pour un opérateur privé, cet Hôpital doit s'assurer de la bonne qualité du service rendu par le privé, il peut alors mettre en place un système de prime calculé sur la base de la qualité et la quantité des repas servis par l'opérateur. Le versement de cette prime augmente les dépenses de l'Hôpital (coûts), mais elle permet de s'assurer de l'amélioration la qualité du service.

- **Les coûts d'obligation**

Les coûts d'obligation sont les coûts engagés par l'agent suite à un dommage causé au principal ou c'est une caution qui garantit la non-survenance d'un comportement qui peut

¹¹Op.cit

¹²MINARD C. : « *Economie des organisations* », éd LA DECOUVERTE, Paris, 2004. p55.

léser le principal. Par exemple, la location d'un local par un médecin privé pour son cabinet donne lieu à un versement d'une caution par ce dernier qui couvre les éventuels dégâts causés au cours de son activité.

Quant aux coûts, l'objectif de la théorie de l'agence consiste à déterminer la forme du contrat qui minimise au maximum ces coûts d'agence, pour cela le principal choisit la méthode la moins coûteuse et la plus efficace (plus efficiente) pour contrôler et surveiller le comportement de l'agent. Quant à l'agent, il cherche à maximiser les primes d'incitation et les dépenses d'obligation. Le point d'intersection entre les deux intérêts se définit lors de la négociation du contrat

3.3.1.5 L'apport de la théorie de l'agence à l'approche contractuelle

Le rôle important joué par les systèmes d'incitations et de contrôle dans la mise en œuvre des relations entre les différents acteurs des systèmes de santé constitue l'apport crucial de la théorie de l'agence à l'approche contractuelle. Lorsqu'il s'agit par exemple, d'une relation contractuelle entre une tutelle de santé et un prestataire de service privé, on peut faire appel aux outils de la théorie de l'agence pour déterminer les mécanismes d'incitation, de contrôle et de sanction.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de définir, tout d'abord, la relation d'interdépendance entre les acteurs. En suite, il faut les classer en deux catégories : principal – sous-informé, et agent réputé sur-informé. Et enfin, on envisage les différents mécanismes d'incitation selon les cas. Beaucoup de travaux font appel à la théorie de l'agence lorsqu'ils discutent les avantages et les inconvénients des modalités de rémunération des personnels de santé dans les pays en développement. Cette théorie est utilisée également au niveau de l'hôpital pour déterminer les relations qui existent, d'un côté, entre la tutelle (Ministère de la Santé) et l'administration de l'hôpital, et d'un autre côté, entre l'administration de l'hôpital et les fonctionnaires de ce dernier. Ces relations sont structurées par des contrats incitatifs en poussant les agents à dévoiler toute l'information et minimiser au maximum les asymétries d'information caractéristiques de la transaction.

Certes, les outils de la théorie de l'agence sont importants pour une logique de relations interindividuelles qui se nouent entre les acteurs particuliers du système de santé, mais ils ne sont pas aussi utiles pour une logique d'une stratégie sectorielle de santé, qui constitue l'objectif primordial de la contractualisation.

3.3.2 La théorie des coûts de transaction

La théorie de l'agence, développée précédemment, s'attache à l'analyse des relations entre les acteurs particuliers du système de santé conçus pour réaliser des activités bien définies. Mais, l'harmonisation des relations contractuelles au niveau sectoriel ne peut pas être analysée sous cette théorie. La théorie des coûts de transaction donc, semble bien adaptée à l'analyse des relations entre les acteurs du système de santé dans une approche stratégique et sectorielle. Avant d'aller plus loin, il est utile d'évoquer le corpus théorique ou paradigme qui a influencé Williamson et qu'il l'a incité à développer sa théorie des contrats : il s'agit bien de la théorie des coûts de transactions.¹³

L'apparition de cette théorie et l'élément déclenchant de cette réflexion revient à un article paru en 1937, écrit par RONALD.H COASE, dans lequel il s'interroge sur la question de l'origine des organisations économiques. Sa proposition est que dans une situation de marché, il y a une baisse sensible et automatique des coûts de transaction.

L'idée donc, initiée par COASE et développée par la suite, par Williamson, s'attache à analyser les modes de gouvernance ou les formes de coordination économique.

Si on fait le parallèle avec les systèmes de santé, on trouve qu'il y a une symétrie. En effet, d'un côté, la forme de gouvernance hiérarchique correspond à l'organisation étatique du système de santé, d'un autre côté, la forme de gouvernance marchande correspond à un système de santé privé. Entre ces deux extrémités de formes de gouvernance, se positionne la théorie des coûts de transaction, qui est une forme hybride de gouvernance, pas totalement marchande, ni purement étatique. Ce nouveau mode de gouvernance économique repose sur les hypothèses suivantes :

- Les agents économiques ont une rationalité limitée³¹, c'est-à-dire que les agents humains ont un comportement intentionnellement rationnel, mais seulement d'une façon limitée (Simon 1961) à cause de l'incertitude de l'avenir économique et leur incapacité à prévoir toutes les éventualités futures qui peuvent provoquer des problèmes aux arrangements contractuels.
- L'information n'est pas forcément symétriquement répartie entre les acteurs d'une relation contractuelle, ce qui pousse les agents économiques à avoir un comportement opportuniste.

¹³ Une procédure d'incitation est un dispositif par lequel on tente de conduire les individus à exécuter correctement une tâche, à adopter tel ou tel comportement ou à appliquer loyalement les clauses d'un contrat. in Dictionnaire des sciences économiques. Ed Armand Colin. Paris.2007.

La contractualisation induit donc des coûts (coûts de transaction) qui sont de deux types ;

3.3.2.1 Types de coûts de transaction

Les coûts de transaction sont des coûts inhérents au déroulement des échanges marchands : coûts d'information, coûts de négociation et de renégociation, coûts de contrôle... ils sont ignorés par le modèle de la concurrence pure et parfaite qui les suppose nuls. On peut distinguer deux types de coûts de transaction qui sont les suivants :

A. Les coûts de transaction *ex ante* :

Ces coûts apparaissent avant même la signature du contrat, lors de la négociation d'un contrat, il y a Les coûts de négociation, discussion réunions, coûts de préparation des documents nécessaires à la finalisation des procédures contractuelles...

Ce type de coûts varie selon le type de contrat conclu. On distingue deux types :

- Lorsque le contrat est exhaustif, il prévoit la répartition des coûts après les avoir évalués et modélisés. Cependant, ce type de contrat est très rare à cause de deux raisons :
 - La difficulté d'évaluation des coûts et leur estimation d'un seul point de vue comptable est insuffisante, car cela néglige et ignore les coûts qui ne sont pas matériels comme les préférences des individus nécessairement des coûts à supporter par les deux parties entrant en relation :
 - Les deux parties ne dévoilent pas toute l'information qu'elles possèdent (problème de l'asymétrie de l'information).
- Lorsqu'il s'agit d'un contrat cadre (contrat *non exhaustif*), les contractants ne peuvent pas prévoir tous les cas de figure donc, ils ne peuvent pas anticiper le calcul de tous les coûts et comment seront-ils répartis entre les deux parties.

En laissant une marge de manœuvre aux acteurs de cette relation de chercher une solution efficace en cas de litige. Dans ce cas, il faut insister sur la mise en place des règles juridiques et clarifier l'ensemble des clauses du contrat de manière à éviter les sources des conflits potentiels qui peuvent augmenter considérablement les coûts de la transaction.

B. Les coûts de transaction *ex post*

Ces coûts peuvent être résumés principalement à travers le concept de coûts d'exécution du contrat. A titre d'exemple, on peut citer les coûts liés aux procédures juridiques comme outil de vérification du respect des clauses du contrat.

A propos de ce sujet, WILLIAMSON fait trois remarques :

- Il considère que les coûts *ex post* servent à la mise en place et au bon déroulement de la relation contractuelle
- Ces coûts prennent généralement la forme de coûts de marchandage (BARGAINING COSTS) lorsqu'il s'agit de règlement d'un litige provoqué par un mauvais arrangement contractuel *ex ante*.
- Ces coûts incitent chaque partie à respecter les obligations sur les quelles se sont entendus au préalable (de fait, elles se trouvent liées par un contrat initial et ils ont aussi intérêt à chercher des solutions communes aux coûts *ex post* imprévisibles.

Il est important de remarquer que les coûts *ex ante* et *ex post* sont interdépendants. De fait que lorsque les coûts *ex ante* sont importants cela signifie que la négociation du contrat était dure mais cela réduira considérablement les coûts *ex post* car le résultat de leur compromis satisfaisait les deux parties. Il se peut aussi que les coûts de transaction *ex post* apparaissent à la fin du contrat car les points de mésentente initialement présents ne sont pas encore résolus. La variation de l'ampleur des coûts cités ci-dessous, s'effectue en fonction de la variation de trois facteurs : la fréquence de la transaction, de degré de l'incertitude de la transaction et la spécificité des actifs échangés.

a) La fréquence de la transaction

La fréquence de la transaction peut déterminer la forme du contrat la plus adaptée à la transaction effectuée (contrat classique, contrat néo-classique et contrat relationnel), plus la transaction est fréquente, plus le contrat est plus complexe. Passant d'un contrat classique, pour une transaction ponctuelle à un contrat relationnel, pour une transaction fréquente.

b) La spécificité des actifs

Un actif est dit spécifique lorsqu'il est lié à une transaction particulière, il se distingue de l'actif général qui peut être utilisé dans des transactions diverses. Dans un contrat par exemple, l'agent achète une machine pour satisfaire une demande particulière du principal, en

cas de rupture du contrat, l'agent doit supporter les coûts d'inactivité de cette machine, l'existence d'actifs spécifiques favorise donc, les relations durables entre les contractants.¹⁴

3.3.2.2 Relation entre type de transaction et structure de gouvernance

La relation entre le type de la transaction et la structure de gouvernance sera résumée dans le tableau suivant :¹⁵

Tableau 1 : Relation entre type de transaction et structure de gouvernance

		Spécificité des actifs		
		Faible	Moyenne	Forte
Fréquence de la transaction	Transaction occasionnelles	Gouvernance marchande « Contrat classique »	Gouvernance hybride « Contrats trilatéraux »	Gouvernance hiérarchique « Contrat relationnel »
	Transactions fréquentes	Gouvernance marchande « Contrat classique »	Gouvernance hybride « Contrat bilatéraux ou forme faible des contrats relationnels »	Gouvernance hiérarchique « Contrat relationnel »

Source : Samy. J. : « La théorie des coûts de transaction de Williamson et la surveillance des banques dans l'UE », Institut européen de l'Université de Genève, décembre 2004, p 42.

D'après le tableau1, on peut tirer deux cas limite de forme de gouvernance : Lorsque les transactions sont peu fréquentes avec des actifs non spécifiques, cette situation correspond à un mode de gouvernance marchand, en utilisant des contrats classiques pour ce type de transaction. Mais lorsque les transactions sont fréquentes avec des actifs fortement spécifiques, on est dans un mode de gouvernance hiérarchique qui nécessite des contrats relationnels. Entre ces deux extrémités se positionnent une situation intermédiaire, dite forme hybride de gouvernance caractérisée par deux cas :

¹⁴ MAHIAOUI Y. : « Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins » thèse de Doctorat en santé publique et économie de la santé, université de Paris VII, 2003.p67.

¹⁵ OMS : « histoire de la contractualisation dans les systèmes de santé », préparé par PERROT J, Genève, 2004.

- Une gouvernance hybride en utilisant des contrats bilatéraux

Cette forme concerne les transactions les plus fréquentes sur des actifs caractérisés par un degré modéré de spécificité, traduisant la forme la plus faible de la contractualisation relationnelle, exemple des conventions cadre.

- Une gouvernance hybride en utilisant des contrats trilatéraux

Cette forme renvoie à des transactions peu fréquentes (occasionnelles), sur des actifs moyennant spécifiques. En résumé, on peut dire que lorsqu'il y a une forte ou bien une faible spécificité des actifs, la fréquence de la transaction n'influence pas sur la forme de la transaction et sur le type du contrat utilisé, on est alors dans les situations extrêmes (limites), soit une forme marchande ou une forme hiérarchique. Entre ces deux situations, lorsque la spécificité des actifs est moyenne, on est dans la forme hybride, qui se compose de deux situations : une forme bilatérale pour les transactions fréquentes et une forme trilatérale pour les transactions occasionnelles.

3.3.2.3 La théorie des coûts de transaction et l'approche contractuelle

On peut considérer l'approche contractuelle comme une forme hybride de coordonner les différents acteurs du système de santé, et faire le lien entre le secteur public et privé, cette forme hybride est déterminée par le degré de la spécificité des actifs utilisés dans la transaction et leur fréquence. Par exemple, un hôpital public délègue une part de sa responsabilité pour un acteur privé (un cas classique de sous-traitance), cette relation est de type hybride bilatéral, c'est-à-dire, une relation qui n'est pas purement marchande, ni totalement hiérarchique.

L'arrangement contractuel est là donc, pour traduire la volonté des décideurs de développer et de généraliser ce modèle de transaction dans les systèmes de santé et choisir le type de contrat le plus adapté à chaque relation contractuelle. Cet ensemble de contrat qui relie les différents acteurs, constitue le mode de gouvernance sectoriel des systèmes de santé. D'après la théorie des coûts de transaction, pour optimiser le profit tiré de ces relations, il faut qu'elles soient continues et prolongées dans le temps, (plus elles sont prolongées, plus on diminue les coûts de transaction).

Enfin, les relations contractuelles doivent être conçues à la fois dans la logique interindividuelle appuyées par la théorie de l'agence, et dans une logique d'avantage sectorielle et systémique développées par la théorie des coûts de transaction. L'harmonisation

entre ces deux logiques relève du rôle de l'Etat qui encadre ces relations et régule le fonctionnement du système de santé à travers l'orientation des politiques nationales de santé pour améliorer la performance des systèmes de santé.

Conclusion

Pour comprendre la logique de la contractualisation, il est nécessaire de revenir sur ses fondements théoriques. La théorie de l'agence offre un éclairage sur la logique de la contractualisation dans une optique de coordination interindividuelle et pour des activités bien spécifiques dans les systèmes de santé. Elle préconise l'intérêt personnel de chaque partie de la relation et évoque les problèmes qui émergent suite aux comportements opportunistes des contractants, et ce tout en mettant en marge l'intérêt général. Pour atténuer les comportements opportunistes, la théorie de l'agence permet de mettre en place des contrats comportant des incitations adéquates. Or, pour une approche systémique et une stratégie sectorielle et globale des relations contractuelles, la théorie des coûts de transactions semble plus appropriée pour opérationnaliser et concrétiser l'objectif d'amélioration de la performance des systèmes de santé. Elle se base sur des hypothèses d'ordre comportementales, et met l'accent sur les coûts engendrés par les transactions en amont et en aval. En essayant de les réduire au maximum possible.

Les profondes recompositions qui ont vécu les systèmes de santé des pays en développement mettent en évidence, en premier lieu, les arrangements institutionnels (déconcentration, décentralisation administratives, l'autonomie, etc.) Et, en deuxième lieu, les arrangements contractuels. Ces derniers ont pour objectifs la redistribution des rôles et la réorganisation des relations entre les nouveaux acteurs.

La multiplicité des acteurs et leur spécialisation dans des fonctions bien spécifiques ont donné lieu à une très grande diversité de type de relations contractuelles. Ces dernières sont basées soit sur la délégation de responsabilité, soit sur un acte d'achat, enfin soit sur la logique de coopération. Cette complexité des approches contractuelles oblige les différents acteurs à une maîtrise parfaite du cadre opérationnel de la contractualisation qui sera l'objet du prochain chapitre.

Chapitre 2 : la contractualisation
des relations entre établissement de
santé, organismes de sécurité
sociales des directions de l'action
sociale

Introduction

La sauvegarde du système de la sécurité sociale en tant qu'institution et acquis des travailleurs, est étroitement liée à la sphère économique, sociale et politique. La pérennité de ce système se pose, aujourd'hui plus que jamais, comme un défi à relever étant donné que sur le plan strictement financier ce système fait face à un accroissement considérable de ses rubriques de dépenses alors que ses marges de manœuvres sont extrêmement réduites du point de vue de l'accroissement de ses ressources. De ce fait, il est primordial que les ressources allouées par le système de la sécurité sociale soient utilisées à bon escient en d'autres termes, de la manière la plus rationnelle que possible.

- Le système de santé algérien est encore insuffisamment performant, comme l'indique d'ailleurs le rapport sur la santé dans le monde 2000, qui fustige les lacunes des systèmes de santé en les considérant comme « la cause d'un très grand nombre de maladies et incapacités évitables, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non respect des droits fondamentaux de l'individu. Leur impact est particulièrement grave chez les pauvres que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce encore plus dans la misère ». Pour l'Algérie, ces lacunes sont dues à plusieurs facteurs que l'on peut résumer comme suit : ¹
- Une organisation du système de soins tournée essentiellement vers le curatif plutôt que vers le préventif ;
- Un relâchement que ce soit de la gestion administrative ou de la gestion médicale suite à la mise en place de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé ;
- Une pléthore de personnel dans le secteur de la santé rendant les dépenses en personnel incompressibles et de plus en plus importantes tandis que les autres dépenses à l'exemple des dépenses en médicaments et consommables qui tendent à s'amoinrir ;
- Un financement annuel, forfaitaire et préétabli destiné aux structures publiques de santé sans tenir compte des activités réalisées ;
- des contraintes pour l'exercice du secteur privé de soins avant de décider de sa libéralisation à partir des lois de 1982.²

¹BENHAMOUDA. A & OULD AMROUCHE.K « Les relations des systèmes sécurité sociale et santé : examen de la Mise en œuvre des nouvelles relations contractuelles santé- sécurité sociale », mémoire de post graduation Spécialisée en management de la sécurité sociale, Alger, 2005, page 138.

²Rapport sur la santé dans le monde 2000 « pour un système de santé plus performant » op cité.

1 Evaluation de la distribution de soin en Algérie

L'Algérie est un pays qui a expérimenté un socialisme fortement centralisateur. Le secteur public est souvent présenté comme plus efficace, mais surtout plus juste que le secteur privé d'où la prépondérance accordée à tout ce qui est collectif par rapport à ce qui est individuel. C'est cette conception qui a dominé toute la politique économique algérienne jusqu'au tournant des années 80 lorsque la chute drastique des cours du pétrole secoue la classe politique algérienne et rappelle à celle-ci que le tout Etat a son revers de la médaille. La prépondérance du secteur public concerne tous les secteurs d'activité économique sans exception aucune. Dans le secteur social, en général, et celui de la santé, en particulier, ce sont ces mêmes procédures qui sont affirmées et appliquées d'où, par ailleurs, l'édification progressive d'un système public de distribution de soins et la mise en place de procédures de prise en charge collective de la charge financière relevant de la maladie. Le système de santé en Algérie s'est construit sur le « legs colonial » constitué par une infrastructure hospitalière et sanitaire relativement importante bien que déséquilibrée dans son implantation géographique parce que conçue pour et en fonction de la minorité européenne et des franges urbaines qui gravitent autour.

La structure du système de santé, telle que nous la connaissons aujourd'hui, a connu plusieurs étapes de construction successives. En 1962, il y a eu reconduction de beaucoup de pratiques antérieures en matière de politique de santé de l'ère coloniale. Ainsi l'assistance médicale gratuite (AMG) est reconduite et s'adresse expressément aux indigents ou aux démunis sociaux. La médecine libérale existe mais elle est l'apanage de ceux qui ont un emploi et possèdent des revenus importants. On a rattaché à l'hôpital toutes les structures de lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires de même que les structures de prévention existantes qui vont constituer le noyau dur du secteur public de soins en Algérie. Ce dernier, amorce toute une série d'actions de santé publique de grande envergure (programmes nationaux de santé) pour lutter contre certaines maladies prévalences alors, à l'exemple, de maladies transmissibles considérées comme des fléaux sociaux. La généralisation des vaccins est lancée pendant ce temps là.

Les investissements publics en matière d'infrastructures sanitaire n'ont pas eu lieu en raison de l'existence de suffisamment de structures pouvant répondre aux besoins en matière de soins, surtout pour la population urbaine algérienne. On assiste, par contre, à l'apparition et à l'extension de centres médicaux sociaux au niveau des organismes de la sécurité sociale ainsi qu'au niveau des entreprises industrielles et commerciales. Ce segment parapublic de

soins constitué connaît un formidable essor grâce aux ressources abondantes dont disposent les organismes initiateurs et dont profiteront les responsables de ces organismes et leurs travailleurs jusqu'au tournant des années 80 où ce segment sera totalement absorbée par le secteur public de soins.

En 1974, il y a eu instauration de la gratuité des soins au sein du secteur public jusqu'à 1984, date de la remise en cause partielle de cette gratuité avec la mise en place du ticket modérateur. La généralisation²¹² de l'accès aux soins est inscrite dans les textes doctrinaux de l'Algérie qu'il faut à tout prix concrétiser sur le terrain. Les dispensaires antituberculeux, les centres d'hygiène scolaires sont rattachés aux établissements hospitaliers formant, peu à peu, ce qui devient les secteurs sanitaires actuels qui ont la charge de la distribution de soins à toute la population algérienne qu'elle soit citadine ou rurale. L'absence de contraintes financières est, sans nul doute, l'hypothèse la mieux plausible de l'instauration de la médecine gratuite, prise en charge par l'Etat voulant instaurer à l'instar des pays socialistes le même système de gratuité des soins en vue de la promotion de la santé de toute la population. Le système de santé ainsi généré manque d'efficacité surtout au plan des objectifs qui ne sont pas, hélas, clairement et préalablement définis. Les politiques de santé suivies jusque là sont axées sur le curatif en occultant la prévention et sur l'hospitalo-centrisme en marginalisant les structures de soins légères qui prodiguent les soins de base³

Le rétablissement du ticket modérateur a vu un certain nombre d'actes et de soins médicaux à titre ambulatoire ainsi que les analyses de laboratoire et de biologie devenir payants. Ce revirement d'attitude vis à vis de la médecine gratuite est la conséquence d'une consommation abusive de soins par les ménages algériens et surtout par le glissement opéré dans la politique algérienne de santé qui est passée d'une logique de la satisfaction des besoins à celle de l'endiguement des dépenses de santé.

En 1987, il y a création de centres hospitalo-universitaires qui sont des entités sanitaires autonomes par rapport aux secteurs sanitaires et sont dévolues de missions purement curatives. Les années 80 ont vu le législateur algérien s'orienter vers la libéralisation du secteur privé de soins en votant des lois qui autorisent l'ouverture de cliniques privées et accordent un nouveau statut social et juridique à l'exercice privé en levant tous les obstacles juridiques et artifices existants jusque là qui l'empêchent d'exercer pleinement ses missions.

³ La gratuité des soins est mise en application par l'ordonnance n°73.65 du 28 décembre 1973

La ponction des ressources de plus en plus poussée des agents de financement traditionnels de la santé, en l'occurrence la sécurité sociale et l'Etat ne va pas sans poser la question de la capacité de ces agents à s'adapter continuellement aux dépenses de santé ne connaissant pas, hélas, de limites d'accroissement car la contraction et la rationalité économique interpellent tous les acteurs intervenant dans le financement à plus de rigueur quant aux ressources allouées.

L'Etat participe au financement de la santé au moyen d'une subvention ou d'un budget global. Cette modalité de financement se caractérise par le fait qu'elle est annuelle, forfaitaire et préétablie. La contribution est annuelle car elle s'étale sur une période d'une année civile ou d'un exercice budgétaire. Elle est forfaitaire du fait que cet apport financier ne tient pas en ligne de compte les activités ou le volume de soins réalisé qui peut se mesurer par le nombre de malades fréquentant les structures de soins du pays. Enfin, cette contribution est préétablie en raison d'être allouée sans qu'elle soit accompagnée par des programmes de santé ou par un quelconque objectif sanitaire.

La sécurité sociale participe au financement des secteurs sanitaires à travers un forfait hôpitaux. Le désengagement progressif de l'Etat quant au financement des dépenses de santé s'est fait aux dépens de la sécurité sociale puisqu'elle devient le premier bailleur de fonds du secteur de la santé en Algérie. La part de l'Etat dans le financement de ces dépenses est passée de 75% en 1974 à moins de 35% en 1987 tandis que la part de la sécurité sociale représente respectivement 24% et 65%. A l'heure actuelle, la tendance s'est inversée puisque la part de financement de l'Etat est prépondérante par rapport à celle supportée par la sécurité sociale.

Ce seuil de participation est très élevé car la sécurité sociale est constamment appelée à tronquer de ses fonds sans qu'un droit de regard quant au contrôle des ressources fournies ne lui soit accordé. D'autant plus, qu'elle procède au financement des structures hospitalières et extrahospitalières sans qu'elle ait la possibilité de définir au préalable la part revenant à chacune des deux types de structures. Cette difficulté de distinction des fonds alloués est due à l'unicité du budget affecté directement aux secteurs sanitaires qui a, pour conséquences, la marginalisation des structures extrahospitalières face aux structures hospitalières en plus de la difficulté de mener séparément une quelconque étude comparative concernant la gestion budgétaire de ces différentes structures.

1.1 Les réformes entreprises en vue de l'amélioration de la performance du système de santé en Algérie

Améliorer la performance du système de santé constitue l'objectif essentiel des pouvoirs publics, de la tutelle et partant, de toute personne et de toute institution travaillant dans le secteur de la santé. Face à l'insuffisante performance de son système de santé, l'Algérie a mis en place des réformes qui visent essentiellement à corriger les erreurs ou anomalies des politiques de santé déjà élaborées et à redynamiser un secteur pesant de plus en plus lourd sur les ressources de la sécurité sociale et sur les finances publiques mais dont les résultats sont souvent mitigés.

Toutes ces réformes engagées visent, en dernier ressort, à entraîner des recompositions institutionnelles, opérées, sans un brin de doute, par un ensemble de mesures qui s'offrent au décideur algérien tels :

- La levée de toutes les barrières au développement d'un secteur privé apte à décharger l'Etat et la sécurité sociale du financement des prestations de soins
- La privatisation de l'exercice médical par la levée de toutes les contraintes pesant jusque là sur l'offre de soins à l'exemple de l'autorisation de s'installer qui est supprimée à partir de 1986, année où le contre choc pétrolier est ressenti comme un phénomène dévastateur pour l'économie algérienne mais aussi pour le système de santé qui ne tarde pas à connaître des réformes comme celles qui admettent la privatisation par simple opposition au secteur public.
- L'autorisation d'ouverture de cliniques privées décidée à partir de 1988 ; l'autorisation est accordée aux personnels médicaux les plus élevés dans la hiérarchie hospitalo-universitaire d'exercer dans ces cliniques privées
- La levée du monopole de l'Etat sur les importations, la production, et la distribution en gros des produits pharmaceutiques ;
- L'élargissement des options de financement des prestations de soins aux usagers du système public en leur faisant endosser une contribution forfaitaire dans les structures publiques de santé à partir de 1995 ;
- La décentralisation administrative qui a permis de transférer à des collectivités locales des responsabilités en matière de santé à l'exemple de la construction des salles de soins ou la prise en charge de la surveillance des eaux de sources afin de se prémunir

contre toutes les maladies à transmission hydrique en s'occupant par ailleurs de l'hygiène du milieu

- Une autonomie du secteur public de soins basée sur un statut juridique ;
- Une déconcentration permettant de donner davantage de responsabilités aux responsables locaux du ministère de la santé ou aux directions de la santé (DSP) des différentes wilayas du pays en ce qui concerne la réalisation de certains investissements de santé tels les polycliniques sachant que ces directions sont en outre chargées de l'application de la réglementation, de l'exécution des programmes nationaux et locaux de santé, de la coordination du fonctionnement des structures de santé sur le plan local, etc.
- Amorce d'une politique de maîtrise des dépenses de santé qui se traduit par un ensemble de mesures allant dans le sens de faire bénéficier les organismes de la sécurité sociale de quelques économies, à l'exemple, de l'envolée des prix des médicaments dont les remboursements pèsent de plus en plus sur sa branche assurances sociales (le remboursement des médicaments sur la base des prix réels est supprimée à partir de 2001 et son remplacement par un remboursement sur la base d'un tarif de référence qui est en fait un tarif de responsabilité de la caisse de la sécurité sociale)
- Enfin, la politique de contractualisation, inspirée par les organisations internationales est, quant à elle, lancée en 1993 en vue de la performance du secteur public de soins

Toutes ces recompositions devront se traduire logiquement par une multiplication, une diversification et surtout par une implication plus soutenue des acteurs de la santé dans le devenir de leur institution. Néanmoins, ces acteurs continuent à vivre en isolation et ne cherchent pas les synergies propices qui s'offrent⁴ à eux pendant que le mode d'organisation de l'offre de soins reste largement basé sur le pouvoir hiérarchique, c'est à dire sur un commandement vertical, qui ne favorise pas la participation de tous.⁵

L'isolement qui caractérise souvent les acteurs traditionnels de la santé n'est plus possible aujourd'hui. En effet, l'Etat et la sécurité sociale sont désormais dans l'incapacité de supporter, d'une part, les errements d'un système de soins dont les besoins en matière de financement tendent à une augmentation continue car les dépenses effrénées de santé

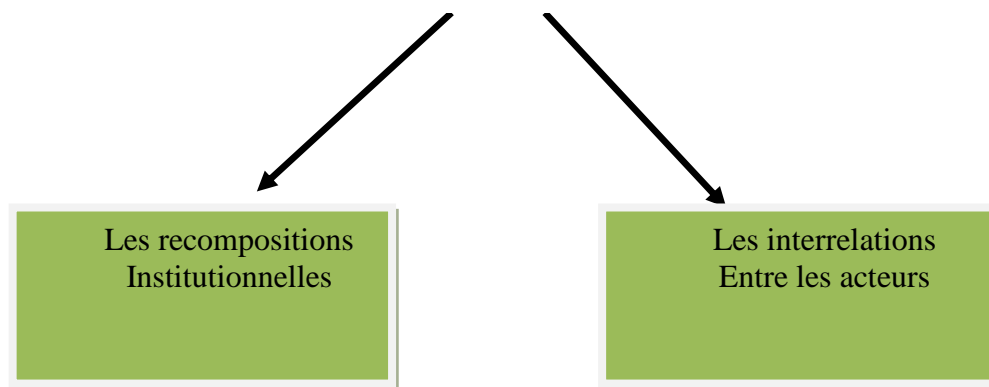
⁴ OUFRIHA. F.Z. et collaborateurs « les réformes du système de santé en Algérie » in cahier du CREAD de Réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins, Alger, 2006 page 105

⁵ Perrot Jean « le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé » Discussion PAPER, numéro 1 - OMS Genève EIP/FER/DR.F.04.1 2004

amenuisent les ressources de la puissance publique mais peuvent, également entraîner des déséquilibres structurels des différentes branches de la sécurité sociale. D'autre part, ces dépenses engagées sont censées améliorer les prestations sanitaires pour des patients qui deviennent exigeants en sollicitant de plus en plus des soins de meilleure qualité car l'offre de services de santé, publique ou privée, ne leur donne pas toujours satisfaction. Ainsi, les acteurs de santé sont amenés à reconsidérer les modalités de leurs relations. Celles ci reposent de plus en plus fréquemment sur des arrangements contractuels, lesquels formalisent les ententes entre des acteurs qui s'obligent mutuellement.

Les reformes engagées ont mis d'avantage l'accent sur la logique des recompositions institutionnelles que l'on considère comme un préalable à toute amélioration de la performance du système de santé. Néanmoins, pour rompre l'isolation continue dans lequel se trouvent les acteurs de la santé, il faut en parallèle mettre l'accent sur la logique de l'interrelation entre ces acteurs que nous appellerons par commodité la contractualisation.

Schéma 1 : les réformes du système de santé



Source : Perrot Jean « le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé » discussion PAPER, numéro 1- OMS Genève EIP/FER/DR.F.04.1 2004 ⁶

⁶Site OMS « la contractualisation dans les systèmes de santé »

1.2 L'arrangement contractuel : un outil pour l'amélioration de la performance du système de santé

Pour améliorer la performance du système de santé, il convient de mettre en place une stratégie qui repose, dans un premier temps, sur une action concertée des acteurs en vue d'améliorer leur efficacité et ce, par une meilleure coordination et combinaison des efforts de chacun dans la mise en œuvre d'une politique de santé.

Traduire ensuite, dans un deuxième temps, cette efficacité individuelle en efficacité du système dans son ensemble. Cette transformation ne peut s'opérer qu'à la condition d'envisager des modalités concrètes pour la construction de relations qui dépasseront le cadre de l'informel pour placer la barre haute avec des engagements et des arrangements plus formels. L'arrangement contractuel constitue l'outil qui répond aux attentes des uns et des autres en vue de donner plus de consistance à leur relation.

Une des voies empruntées pour sortir les acteurs du système de santé de leur isolement consiste donc à une meilleure coordination des efforts de chacun qui peut prendre plusieurs formes :

- **La reconnaissance de l'autre** : les acteurs de santé doivent se reconnaître les uns les autres. Une telle démarche paraît facile, mais il est difficile dans la réalité de se débarrasser de ses sentiments de supériorité (pour l'administration par exemple) en considérant celui qui est en face comme un interlocuteur valable ;
- **La concertation** : ou l'échange d'information et de points de vue entre les acteurs de santé sur un fond commun ou des valeurs fondamentales qui les unissent et sur la conduite de leurs activités respectives. Des réunions de concertation peuvent ainsi déboucher sur l'élaboration de principes communs d'intervention en faisant une déclaration commune ou en élaborant une charte dont l'engagement est moral sans que les relations qui se tissent ne créent d'obligations au sens juridique du terme.

Les deux formes de coordination énumérées ci dessus présentent toutefois, des limites car les acteurs qui interagissent entre eux ont conscience que les rapports qu'ils entretiennent n'ont rien de formels, ce qui suppose, qu'ils ne créent pas d'obligations réciproques, d'où leurs engagements moraux mais sans plus.

L'arrangement contractuel, quant à lui, « est une alliance volontaire, sur un objet donné, de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation ».

Cette définition comporte quelques éléments clés qui nous paraissent importants à citer :⁷

- ❖ L'alliance est volontaire, ce qui veut dire qu'il n'est pas possible de contraindre un acteur à entrer en relation avec d'autres partenaires. Néanmoins, le fait qu'ils disposent tous d'un statut ou d'une personnalité juridique, cela leur permet d'aller vers cette alliance avec une égalité de droit, mais la réalité révèle une irrégularité entre les acteurs d'une relation contractuelle car même si chacun est indépendant, il existe bien une asymétrie ou un déséquilibre des pouvoirs entre eux, à l'exemple, d'une tutelle exerçant un pouvoir sur une entité publique ;
- ❖ Toute relation contractuelle fait naître des devoirs et des obligations réciproques
- ❖ Un contrat est un engagement contraignant au sens où il doit être rigoureusement respecté par les parties contractantes, néanmoins la manière dont le contrat sera respecté varie selon qu'il s'agit d'un contrat, au sens classique du terme, où l'objet du contrat est clair, sa durée est bien limitée et les parties contractantes savent exactement à quoi elles s'attendent ou de quoi il s'agit, d'un contrat relationnel basée sur la confiance que se font les acteurs pour agir dans l'intérêt commun. Dans ce cas précis les acteurs s'entendent sur les objectifs de la relation, sur les méthodes de travail à suivre et enfin, sur les moyens qui seront mobilisés pour réaliser des actions communes. Ce type de contrat est plus flexible que le contrat classique qui peut prévoir d'ailleurs des sanctions en cas de non respect des engagements pris ;
- ❖ Les acteurs qui s'engagent dans des relations contractuelles attendent désormais des bénéfices sinon à quoi bon s'allier si ce n'est pour tirer avantage. Toutefois, les bénéfices tirés peuvent ne pas s'apprécier nécessairement en termes directement financiers même si toute relation contractuelle entraîne quant à elle des coûts

⁷ Perrot Jean « le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de Santé » discussion PAPER, numéro 1- OMS Genève EIP/FER/DR.F.04.1 2004.

2 La contractualisation en Algérie

Les lois de finances successives depuis 1993, disposent toutes que la contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé (secteurs sanitaires, CHU et EHS) doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels. Cette contribution est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leur ayants droit. Les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

La concrétisation de ces dispositions est entamée par la mise en place progressive de mesures dans divers domaines notamment :

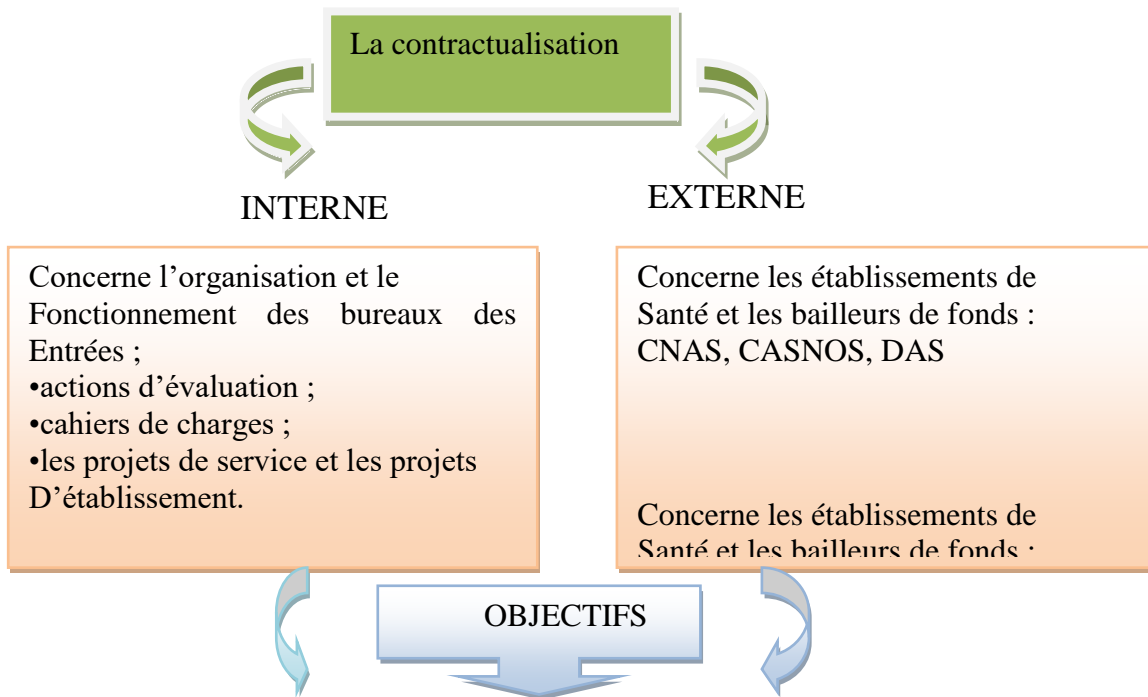
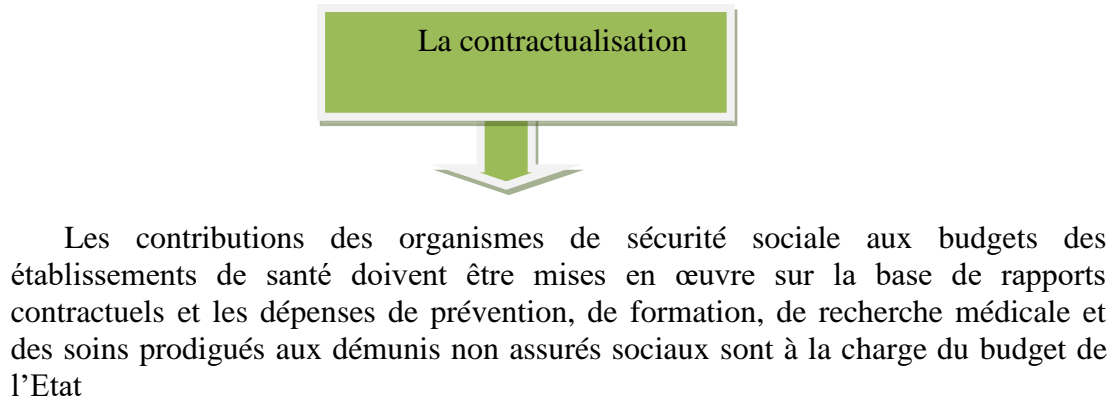
- L'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des activités dans les établissements publics de santé ;⁸
- L'amélioration de l'organisation, du fonctionnement et des prestations des organismes de sécurité sociale ;
- L'installation d'un comité interministériel chargé de la contractualisation le 10 avril 1995 ;
- L'installation d'un comité interministériel chargé de la contractualisation le 10 avril 1995 ;
- La promulgation d'une instruction en septembre 1997 (20/09/1997) relative à la mise en œuvre du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements de santé pour réactiver l'article 128 de la loi de finances de 1993 qui devait instituer la relation contractuelle entre ces établissements et les organismes de la sécurité sociale ;
- La réhabilitation et la réorganisation des bureaux des entrées, source principale du système d'information et d'évaluation périodique des activités de soins (instruction N°03 du 07/12/2000) ;
- La définition des modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux (décret exécutif n° 01-12- du 21 janvier 2001) ;
- L'installation du groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre établissements publics de santé,

⁸ Préambule de l'instruction interministérielle relative à la mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas.

organismes de sécurité sociale et direction de l'action sociale des wilayas (DAS) le 16/03/2002 ;

- Une première phase de la mise en œuvre de la contractualisation par une opération de simulation de facturation est engagée dans dix établissements publics de santé en date du 14/01/2003 sur instruction interministérielle de la même date. Cette opération concerne dix (10) établissements de santé à savoir : • les centres universitaires de Mustapha – Constantine - Blida, • les établissements hospitaliers spécialisés de centre Pierre et Marie Curie (Alger) - El BOUNI (Annaba) - El RIADH (Constantine) • les secteurs sanitaires de Médéa – Ouargla – Arzew et Ain TURK ;
- La création d'un comité interministériel de suivi et d'évaluation ainsi que des comités intersectoriels dans les wilayas concernées auxquelles sont intégrées les directions de l'action sociale en raison de la nécessité de l'identification des démunis non assurés sociaux en vue de leur prise en charge (décision interministérielle du 14/01/2003) ;
- L'opération de délivrance des cartes de démunis est entamée en mai 2003 ;
- Les modalités de versement de la contribution des organismes de la sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé sont fixées par le décret exécutif n°04-101 du 11 SAFAR 1425 correspondant au 1er avril 2004 qui stipule que la contribution est annuelle, mais versée par fractions trimestrielles. La mise en œuvre de ce financement est effectuée sur la base des informations relatives aux assurés sociaux et à leur ayants droit que fourniront trimestriellement les établissements publics de santé aux caisses de sécurité sociale compétentes ;
- La généralisation du dispositif de contractualisation à l'ensemble des établissements de santé (circulaire N°09 du 15/04/2004) qui portera sur les aspects liés à l'organisation et au fonctionnement des bureaux des entrées et à la collecte des données nécessaires à l'évaluation objective des activités hospitalières. Elle concernera également l'identification de plus en plus précise du statut social des patients admis dans les établissements hospitaliers la prise de dispositions utiles et de mesures nécessaires afin d'apporter des améliorations en vue de l'humanisation des services hospitaliers, de l'accueil des citoyens, d'assurer un meilleur séjour pour les patients en leur offrant les meilleures prestations possibles, de s'occuper de l'hygiène du milieu en générale ainsi que de la lutte contre les infections nosocomiales en particulier (instruction n°04/MSPRH/ du 25/05/2004 ;
- La mise en œuvre des dispositions du décret exécutif n°04-101 du 01/04/2004 à compter du 01/01/2005.

Schéma 3 : la contractualisation en Algérie



Concerne l'organisation et le Fonctionnement des bureaux des Entrées ;

- actions d'évaluation ;
- cahiers de charges ;
- les projets de service et les projets D'établissement.

Concerne les établissements de Santé et les bailleurs de fonds : CNAS, CASNOS, DAS

Concerne les établissements de Santé et les bailleurs de fonds .

- une plus grande efficacité dans l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé et des organismes de sécurité sociale donc une utilisation rationnelle et optimale des ressources humaines, matérielles et financières ;
- une amélioration constante de la qualité des prestations de soins ;
- une maîtrise des dépenses de santé ;
- une plus grande transparence dans les relations entre les prestataires et les organismes payeurs ;
- etc.

Source : direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de la wilaya de Constantine « contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale »

2.1 La mise en œuvre de la contractualisation

La mise en œuvre des relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de la sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas est prévue pour le premier janvier 2005. Ainsi, les contributions des organismes de la sécurité sociale aux budgets des établissements de santé doivent être mises en œuvre sur la base de rapports contractuels et les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et des soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'état.

La contractualisation se subdivisera en contractualisation externe et en contractualisation interne. La contractualisation externe a pour objet de mettre en relation les établissements de soins et leurs bailleurs de fonds représentés par la sécurité sociale, la solidarité nationale et les assurances économiques. Quant à la contractualisation interne, elle se fera entre la direction d'un établissement de santé et les différents services dont il se compose. Elle mettra l'accent sur la redynamisation des bureaux des entrées ainsi que sur les actions d'évaluation qu'il faudra mener afin de mettre en place les projets de services qui permettent de connaître quel type de travail remplit effectivement par chaque membre du personnel.

2.2 La contractualisation externe

Le financement de la santé a montré jusque-là ses limites eu égard à une forte mobilisation de ressources essentiellement à l'occasion de la gratuité des soins lancée en grande pompe, ressources pour l'essentiel gaspillées pour des résultats de santé mitigés, plus encore c'est un financement qui se heurte à des limites dans la mobilisation de ressources additionnelles pour assurer la prise en charge d'une demande supplémentaire de santé en augmentation continue, compte tenu du contexte démographique et épidémiologique propre à l'Algérie.

La mise en œuvre de la contractualisation externe va induire de nouveaux rapports entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins ce qui, en définitive, impose pour ces derniers le développement des fonctions indispensables pour la quantification, le suivi, l'évaluation et le contrôle des prestations médicales et paramédicales dispensées à leurs clients. Ces actes vont devoir être transcrits sur un support quelconque que ce soit la fiche navette et/ou le dossier médical, la durée d'hospitalisation doit être soigneusement indiquée, que l'on trouve trace de tous les médicaments servis voire des examens complémentaires exigés pour la pose du diagnostic et du suivi du patient dans les structures de soins en vue de la détermination des coûts des prestations offertes car le financement de ces structures en dépend. Ce financement

s'effectuera au réel c'est-à-dire que chaque structure aura des ressources en fonction de son niveau d'activité.

En effet, tous les éléments précités entrent dans la facturation des soins pour les malades solvables (assurés sociaux) pris en charge par la sécurité sociale ainsi que pour les malades indigents pris en charge par l'Etat.⁹

Le développement de ces fonctions permet, par ailleurs, d'évaluer la qualité de la prise en charge médicale et des conditions de séjour puisque les soins seront méticuleusement reportés sur des supports d'informations normalisés et que l'on mettra précisément l'accent sur les éléments qui entrent dans le confort des malades.

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. La facturation selon le premier mode de paiement sera établie sur la base d'un prix moyen d'une journée d'hospitalisation par type d'établissement (EHS, CHU, secteurs sanitaires) et par groupes de spécialités homogènes (médicales, chirurgicales, psychiatriques, spécialités lourdes et coûteuses, maternité). Quant au deuxième mode de paiement, ce dernier nécessite le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtés par ces experts servent à l'évaluation des forfaits par pathologies auxquels s'ajoutent les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

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.

⁹ Déclaration faite par le ministre de la santé Mourad REDJIMI en mars 2005 (Contractualisation : la gratuité Des soins c'est fini)

2.3 La contractualisation interne

La contractualisation externe doit permettre à chaque établissement de se procurer des ressources des différents partenaires à hauteur des activités réalisées.

Quant à la contractualisation interne, celle ci concerne une meilleure organisation et fonctionnement des bureaux des entrées, l'élaboration des cahiers de charges internes et propres à chaque établissement à l'effet de fixer les objectifs en arrêtant les moyens nécessaires pour y parvenir et l'évaluation du travail que fait effectivement chaque membre du personnel au sein de l'établissement sanitaire.

La contractualisation interne au niveau d'un hôpital s'établit lorsque des relations contractuelles se tissent entre la direction générale et les différents services médicaux et non médicaux. Il n'y a qu'une seule entité au sens juridique du terme et la relation s'établit entre des composantes de cette entité relevant directement de la même autorité. Cette relation entre les éléments d'un même ensemble n'est pas réellement un contrat puisque celui-ci n'est pas « opposable » au sens où des sanctions seront prévues en cas de non respect des engagements pris néanmoins, il s'agit bien d'une relation contractuelle du fait qu'il y a négociation et accord entre les parties en présence.

Les établissements sanitaires en Algérie sont tenus d'adopter une nouvelle organisation centrée sur la création de centres de responsabilités constitués par l'ensemble des services fonctionnant dans le cadre de la délégation de gestion. Ce contrat interne lie le chef d'établissement ou sa direction générale avec les responsables des différents services (médicaux et non médicaux) où l'on définit clairement les objectifs assignés à chacun des services ainsi que les moyens qui leur seront alloués en établissant par la même les indicateurs de suivi de ces centres de responsabilité en vue de les intéresser aux résultats de leur gestion afin de mieux les impliquer en leur adossant toutes les conséquences de leurs actions. Pour cela, il faut créer les conditions nécessaires qui permettent la participation des différentes équipes hospitalières à la vie quotidienne et au devenir de leur établissement en faisant en sorte que toutes les décisions prises soient l'émanation de leurs auteurs.

En définitive, la contractualisation interne a pour ultime objectif le développement d'une logique de responsabilité des acteurs en présence.

La définition du projet d'établissement est l'apanage de la direction générale.

Il est défini sur la base du projet médical, retient les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers. Les moyens humains, matériels et financiers dont l'établissement doit disposer pour réaliser les objectifs retenus qui doivent être minutieusement déterminés et répartis entre les différents centres de responsabilité en fonction des actions arrêtées

3 Les facteurs imposants la réforme du mode de financement des hôpitaux en Algérie

La réforme du mode de financement des hôpitaux en Algérie est justifiée par l'augmentation des coûts hospitaliers, par l'apparition de nouvelles modalités de financement susceptibles d'améliorer la maîtrise des coûts hospitaliers et par les modes de financement des hôpitaux, en vigueur, peu incitatifs et inflationnistes.

3.1 Des modes de financement des hôpitaux peu incitatifs et inflationnistes

Depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée " prix de journée " déterminée conjointement en termes de négociation entre les départements (wilayas) et les organismes de sécurité sociale (LAMRI, 2015, p. 3). Le prix de journée était calculé ex ante, pour chaque établissement et chaque discipline, en rapportant les charges prévisionnelles au nombre de journées prévues pour l'année à venir. Il s'agissait donc d'un paiement rétrospectif des coûts Le prix de journée¹⁰ était calculé, a priori, en fonction d'un prix de revient prévisionnel résultant de la division des dépenses prévisionnelles par le nombre de journée prévu.¹¹

Ce mode de financement a été très critiqué puisqu'il pousse les hôpitaux à allonger les séjours et à multiplier les lits, maximiser le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour, et ne les incite pas à fermer les lits que le progrès des techniques médicales permet de libérer¹²Il s'agit d'un financement a posteriori, imposant au payeur de subir les enjeux financiers liés à l'inflation des séjours, y compris des hospitalisations injustifiées pour des cas sociaux. Seule la dispersion des coûts est soutenue par l'hôpital.¹³

De A cause de ces inconvénients, cette formule de financement été abandonnée à peu près partout au milieu des années 1980. De nombreux pays de l'OCDE pour avoir financé leurs

¹⁰ (SANDIER, Paris, & POLTON, 2004, p. 112).

¹¹ MOUGEOT, 1994, p. 70).

¹² Libérer (MAJNONI D'INTIGNANO, 2001, p. 339).

hôpitaux selon cette formule jusqu'en 1985, avaient accumulé une surcapacité en lits d'environ 30% par rapport aux besoins à cette date. Elle convient toutefois aux établissements ayant surtout une fonction hôtelière, comme les maisons de retraite médicalisée ou les maternités, à condition que l'accouchement soit tarifé séparément par un forfait.

En dépit de ses défaillances, ce système a été appliqué en Algérie pendant près de 10 ans. Il a permis de subventionner la rénovation des hôpitaux, et d'assurer les gains de toutes les parties, à l'exception de la sécurité sociale : les malades ; les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans se soucier de l'économie nationale ; les médecins hospitaliers qui ne se voient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la sécurité sociale ; les fournisseurs de biens et de services qui profitaient ce marché prospère.

À partir de 1974, les hôpitaux algériens sont financés selon une nouvelle procédure, suite à l'institutionnalisation de la médecine gratuite, appelée " budget global ". Dès lors, le système de rémunération de prix de journée laisse place à la budgétisation. Cette procédure consiste à affecter à chaque secteur sanitaire un budget global forfaitaire devant couvrir l'intégralité de ses dépenses de fonctionnement. L'origine des ressources est constituée par la contribution du budget de l'Etat et la participation forfaitaire de la Sécurité Sociale.

La part du budget de l'Etat est en nette régression : de 71 % en 1974 elle est descendue à 39 % en 1984. Celle de la Sécurité Sociale a évolué en sens inverse passant de 23 % en 1974 à 59 % en 1984. Cependant cette procédure si elle a permis le dégagement financier de l'Etat et l'inversion des proportions des deux sources de financement n'a pas empêché par ailleurs une croissance très vive des dépenses.¹⁴

En effet, la mise en place du budget global a entraîné une détérioration du système financier et comptable, et une absence totale de contrôle des coûts.¹⁵ dans la mesure où les crédits affectés à l'hôpital se font d'une manière aléatoire et forfaitaire ne tenant pas compte des problèmes de santé à résoudre mais juste de l'effectif budgétaire arrêté d'ailleurs de façon aussi administrative ; globalement la répartition des crédits entre les hôpitaux est empirique et subjective n'utilisant aucun critère scientifique censé l'orienter.

¹⁴ OUFRIHA & LAMRI, 1998, p. 1.

¹⁵ OUCHFOUN & HAMMOUDA, 1993, p. 9

3.2 Evolution du montant du forfait hospitalier

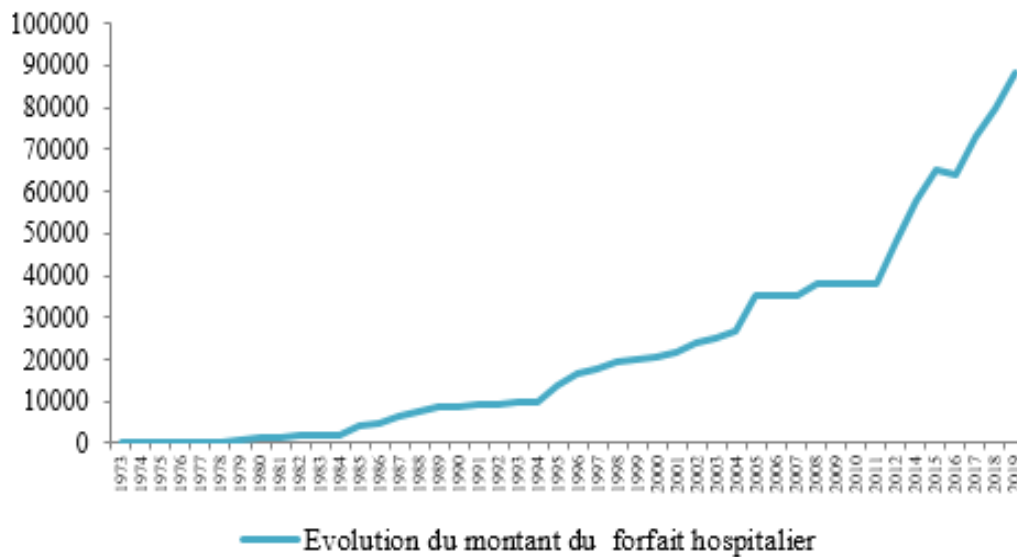
Depuis 1974 et en vertu de la loi sur la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est appelée à contribuer au financement du budget de fonctionnement des établissements de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de loi de finance. Ces dispositions budgétaires, appelées « forfait hôpitaux » sont une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droits.

Depuis son institution en 1973, le forfait hôpitaux a connu une augmentation soutenue. En effet, il est passé de 120 millions de DA en 1973 à 27 021 millions de DA en 2004 soit une multiplication par 225,17 en l'espace de 31 ans. Cette augmentation du forfait hospitalier est due, d'une part au désengagement progressif du budget de l'Etat, et de l'autre aux problèmes liés à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants-droit en matière d'hospitalisation et de soins dispensés. Le montant du forfait hospitalier à la charge de la CNAS a été maintenu entre 35 et 38 milliards de DA pour la période allant de 2005 à 2011, et a parvenu 88 milliards DA, en 2019.

Il est à noter que malgré son évolution soutenue, le montant du ce forfait est souvent considéré, par les hôpitaux, comme insuffisant en raison du nombre important des patients assurés qui sont pris en charge. Cela a été engendré essentiellement par la non identification des catégories des patients (assurés social, démunis, autres). Par ailleurs, il est jugé trop élevé de la part de la sécurité sociale suite à son désagrément à propos des prestations fournies aux assurés d'une part et par l'évolution croissante du montant, risquant d'induire un déséquilibre financier de la CNAS d'autre part.

Eu égard aux modalités de financement des hôpitaux par la CNAS, la contractualisation s'avère être la solution pour remédier à ce conflit.

Figure 1 : Évolution du montant du forfait hospitalier de 1973 à 2019 en millions de DA



Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :
- (Conseil National Economique et Social, 2001, p. 75)
- (MINISTERE du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, 2020)

3.3 Apparition de nouvelles modalités de financement susceptibles d'améliorer la maîtrise des coûts hospitaliers

Les modes de paiement qui ont été présentés jusqu'alors ne reposaient pas ou peu sur une observation fine de la nature de l'activité des établissements, en termes de type de patients et de traitements. Des travaux nord-américains, développés au cours des années 1970 par le professeur Robert FETTER, ont profondément bouleversé les méthodes de financement de l'hôpital.¹⁶

Ces travaux ont donné naissance à un nouveau système de financement des hôpitaux, nommé « tarification à l'activité ».

La tarification à l'activité est un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée, celle-ci étant définie par des épisodes de soins.¹⁷

Plusieurs pays ont opté pour la tarification à l'activité, en commençant par les États-Unis où un système de financement des établissements de santé fondé sur l'activité fut mis en place

¹⁶ De POUVOURVILLE, 2009, p. 272

¹⁷ Or & Renaud, 2009, p. 3.

en 1982 pour la prise en charge des patients de plus de 65ans. Il s'agissait, dans le cadre du programme d'assurance publique Medicare, de maîtriser la croissance des dépenses hospitalières, qui avaient pratiquement doublé entre 1970 et 1982.¹⁸

Durant les années quatre-vingt-dix, plusieurs pays de l'Europe de l'Ouest ont intégré en partie ou en totalité la tarification à l'activité à leur système de financement (par exemple : Allemagne, Autriche, Belgique, Finlande, Irlande, Italie, Norvège, Portugal, Espagne, Suède), tout comme l'Australie d'ailleurs. Dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé publié en 2000, on soulève le fait que la tarification à l'activité peut contribuer à améliorer la performance des systèmes de santé parce que ce modèle prend en considération la nature ainsi que la lourdeur des cas traités. Plus récemment, la Grande-Bretagne et la France (2004) ont opté pour une réforme de leur système de santé, qui confère une large place à la tarification à l'activité¹⁹

De façon générale, la tarification à l'activité a été introduite pour augmenter l'activité hospitalière tout en permettant un rehaussement suffisant des bases budgétaires indexées basé sur la hausse des activités. En théorie, la tarification à l'activité peut contribuer à favoriser une meilleure transparence et une plus grande équité du mécanisme de financement des établissements dans la mesure où une certaine activité est rémunérée de la même façon dans chaque établissement. Elle vise à encourager l'efficacité dans tous les établissements où le coût réel d'une activité donnée dépasse le tarif remboursé. Toutefois, la tarification à l'activité peut entraîner des conséquences non souhaitables, en incitant notamment les établissements à favoriser les activités rentables (c.-à-d. celles dont les coûts réels sont inférieurs aux tarifs) et à éliminer les activités qui ne le sont pas.²⁰

Conclusion

En Algérie, le mécanisme de contractualisation, qui a mis en relation uniquement deux acteurs du système de santé à savoir : les prestataires de santé chapeauté par le ministère de la santé et les bailleurs de fonds représentés par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNAS) est encore inopérant.

En effet, à ce jour, les hôpitaux continuent à recevoir des budgets forfaitaires. Le financement n'obéit pas à l'activité mais à une répartition aléatoire des moyens, ce qui a pour

¹⁸ Bruant-BISSON, Castel, & Panel, 2012, p. 67.

¹⁹ Bussièrès, SIMONCELLI, Bourdon, & Lachaine 2010, p. 237.

²⁰ GUERIN & HUSSER, 2011, p. 13.

conséquence d'inciter à la sous production d'actes et ne semble pas récompenser les hôpitaux les plus performants dans leur gestion. Le manque d'une véritable volonté politique, les difficultés liées au système de calcul des coûts des activités de soins hospitaliers, l'absence de coordination entre les différents acteurs et intervenants en matière de santé publique, et l'absence de consensus sur la méthode de calcul des coûts constituent les principaux facteurs entravant et retardant la mise en œuvre des rapports entre les prestataires de santé et la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNAS).

Néanmoins, malgré les contraintes et les difficultés rencontrées, le processus mérite d'être poursuivi. Et ce, à travers l'élaboration d'un d'un puissant et crédible système d'information et l'actualisation de la tarification des actes. En outre et pour la concrétisation de cette démarche, les établissements publics de santé devraient veiller à l'amélioration de leur organisation et de leur gestion d'une part et procéder à l'évaluation systématique des activités et des coûts d'autre part.

Chapitre 3 : La mise en place de la
contractualisation dans les
hôpitaux publics algériens : Cas chu
Tizi-Ouzou

Introduction

L'Algérie a engagé un ensemble de réformes concentrées principalement sur les réformes hospitalières. Elles visent à améliorer la qualité du service public et rationaliser les dépenses de santé, et ce à travers la réforme du système de financement des structures publiques qui ne sont pas encore finalisées. Cette réforme se base sur le principe des arrangements contractuels.

Mon choix s'est porté sur le CHU de Tizi-Ouzou, qui est l'un des plus anciens établissements hospitaliers du pays, ce qui lui confère une certaine expérience et ancienneté. Le CHU NEDIR Mohamed, est considéré comme l'une des plus importantes structures hospitalières en matière de capacités litières, de couverture sanitaire et d'effectif. La principale raison qui a motivé notre choix, tient au fait qu'il est le plus important établissement hospitalier de la wilaya de Tizi-Ouzou. Mais aussi par le fait qu'il n'a pas pu élaborer et mettre en place un projet d'établissement hospitalier. Et ce, malgré les initiatives du directeur, qui a essayé d'appliquer la note ministérielle d'avril 2014 qui introduit l'application d'un management hospitalier similaire à celui des hôpitaux des pays développés. Mais, le projet d'établissement hospitalier n'a pas pu voir le jour au niveau de ce CHU.

Ce qui est plus motivant pour nous, c'est que nous ne sommes pas de simples observateurs d'un mécanisme déjà existant, mais peut être les acteurs d'un futur système de gestion hospitaliers. Ce chapitre sera articulé de la manière suivante :

Section 1 : Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou.

Section 2 : Mise en œuvre de la contractualisation au CHU de Tizi-Ouzou

Section 3 : les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques.

1 Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou

Le centre Hospitalier 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

1.1 Historique du chu de Tizi-Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inaugurée ; le 28 juillet 1955. À l'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 rattachées. 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, créée par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par Le Décret n°86/294 du 16 Décembre 1986. Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed.

1.2 Présentation du chu Tizi-Ouzou

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1000 lits organisés et répartis en 42 services 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 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. 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 ces missions, le CHU assure pour la population résidante à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

En ¹ 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. Il organise en outre 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

1.2.1 Unité nadir Mohamed

Construite dans les années cinquante et mise en service 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 malades¹. Le nombre de lits total de cette unité s'élève à 570 lits, incluent les 19 spécialités de cette unité qui ont besoin d'un service d'hospitalisation.²

1.2.2 Unité BELLOUA

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

1.3 Le volet financier du chu

Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses³ :

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

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

1.3.2 Les dépenses comprennent

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

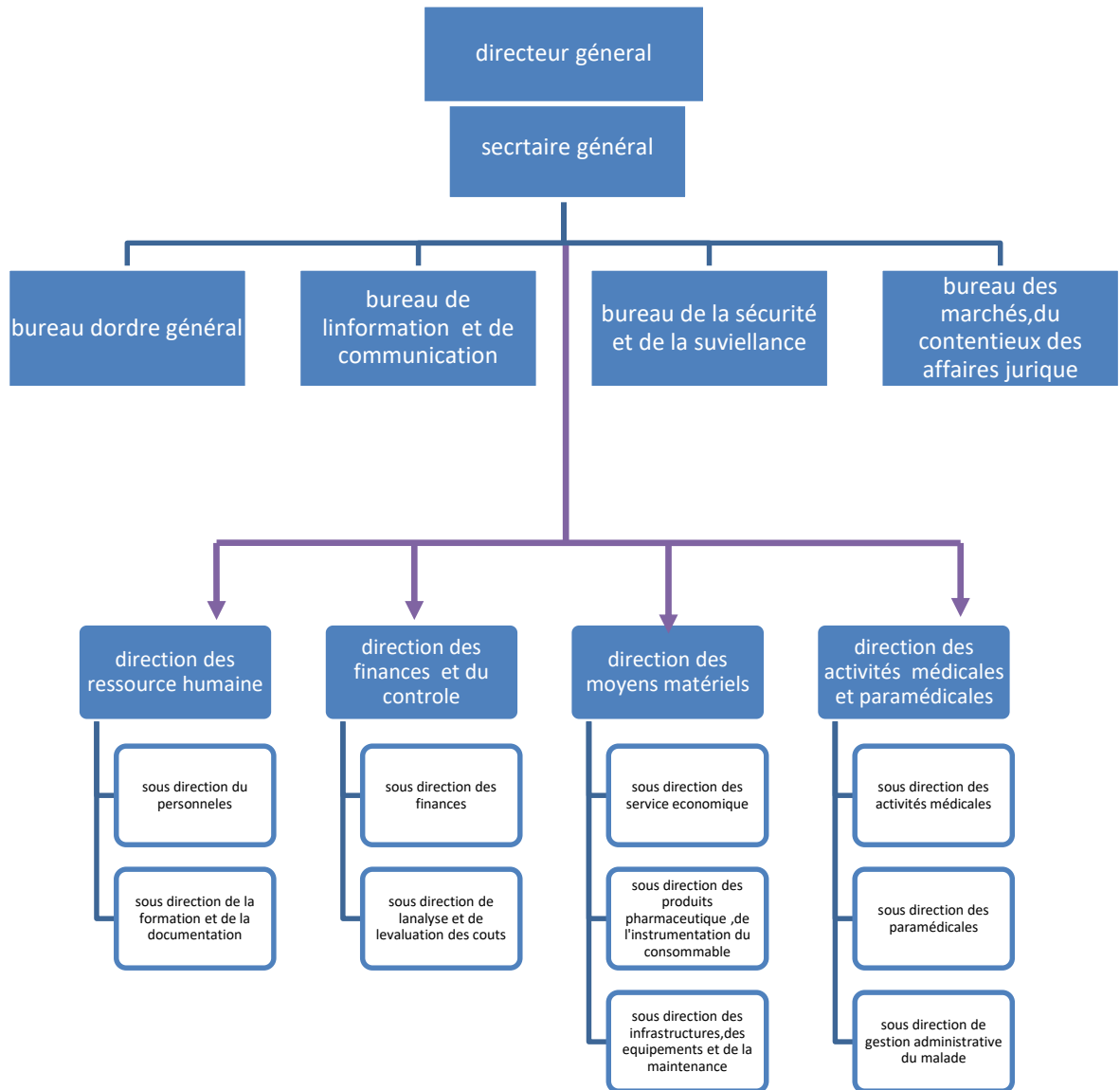
1.3.3 Organisation et fonctionnement du chu de T.O

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

1.3.4 Organisation et gestion administrative du chu de T.O

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 précisé dans le présent organigramme 1 :

Figure 2 : 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 :¹

1.3.5 Direction du chu T.O

Le directeur du Centre Hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il est responsable de la gestion du C.H.U. Et 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, 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 collaborateurs

1.3.6 Le conseil d'administrative

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, un représentant des organismes de sécurité sociale, un autre de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par leurs pairs, un autre des personnels médicaux élu par leurs pairs, un représentant des personnels paramédicaux la aussi élu par leurs pairs et le président du conseil scientifique du C.H.U

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et assure 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 relèvent. Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et à 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 vigueur.

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.

1.3.7 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, sur toute question à caractère médical, scientifique ou de formation¹. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la³pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dont le grade est 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, renouvelable. 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 du conseil, soit du directeur général du CHU.

1.3.8 Direction 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 juridiques.

A. Direction des finances et du contrôle

Elle comprend :

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

³ SIFAOU FATMA. OP.CIT. P. 149
CHU NADIR MOHAMED .OP.CIT
IBID

- La sous-direction de la formation et de la documentation qui comporte : le bureau de la formation le bureau de la documentation 1; 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 suivants :

- Recrutement
- Rémunération
- Promotion et sanction
- La formation

B. Direction des ressources humaine

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 et 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 journée⁴

C. Direction des moyens et matériels

Elle comprend :

- 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. Direction des activités médicales et paramédicales

Elle comprend :

- 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.

1.3.9 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 notamment

A. 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'enseignement dont ils ont la charge.⁵

⁵ SIFAOU Fatma. Op.cit.

⁷ CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

⁸ CHU NADIR MOHAMED .OP.CIT

⁹ Ibid.

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 du territoire. 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 décents, les 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 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 heures.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité en 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 médicale.

Les décents quant à eux sont chargés dans le domaine de l'enseignement en plus du temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs. Ils sont chargé aussi de : la préparation et de l'actualisation des cours, encadrement des mémoires et thèses pédagogiques dont ils ont la charge, contrôler les examens, 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-assistants.

Dans le domaine des soins, et comme pour les maitres assistants, 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.

Dans le domaine de la recherche médicale les décents contribuent, suivant leur spécialité, à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, et participent à la diffusion de l'information médicale. Quant aux professeurs, ils sont chargés dans le domaine de l'enseignement en plus du temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs, ils sont chargés de : participer aux travaux des comités pédagogiques, de contrôler les examens et d'assurer leurs bon déroulement, la correction des copies d'examens, participent aux travaux des jurys de délibération, de la préparation et de l'actualisation des cours, encadrent des mémoires et thèses de première et deuxième post-graduation, ils contribuent 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, il animent des travaux des équipes pédagogiques dont ils ont la charge, enrichissent et diversifient leurs travaux de recherche, réalisent 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, il reçoivent aussi les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participent aux travaux des commissions nationales ou de toute autre institution de l'état dont l'objet est lié à leur domaine de compétence, ils sont appelés à contribuer, dans le cadre des structures compétentes à la mise au point d'instrumentations pédagogiques et scientifiques liées à leur domaine de compétence, ils encadrent les étudiants, internes, externes, résidents, maîtres-assistants et docents, et dans le domaine des soins ils sont chargés chargés de :

Assurer tous les soins liés à leurs compétences, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie en particulier les données nouvelles, de contribuer à élever le niveau de connaissances médicales ou autres, ils assurent les prestations sanitaires requises au sein des structures hospitalo-universitaires, contribuent à une meilleure efficience du système de santé par des programmes ou des actions

sanitaires¹. Dans le domaine de la recherche médicale ils contribuent suivant leurs spécialités à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, ils participent à la diffusion de l'information médicale.

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

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

C. Le personnel administratif

On retrouve notamment, les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économiste. 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 ordres. En ce qui concerne l'économiste, 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 (CHU) est assuré par un effectif tous corps confondus de 2 425 employés. Après avoir présenté globalement le CHU de Tizi-Ouzou, et 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.

1.3.10 Sous direction des activités de santé

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

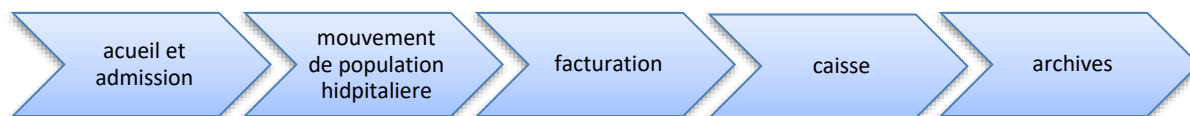
A. Bureau des entrées

Le bureau des entrées assure les missions suivantes : L'accueil, où des agents d'accueil et d'orientation sont mis à la disposition des malades, les admissions, l'Etat civil concernant la déclaration des naissances et décès à l'APC dans les délais réglementaires, et l'archive des dossiers.

Il se charge aussi de la facturation à blanc qui s'effectue actuellement pour chaque malade, avec la fiche navette et le traitement se fait avec un logiciel « patient », les décomptes sont sauvegardés avec les dossiers des malades en attendant la mise en œuvre de la contractualisation, établissement d'un registre de mouvements des malades par service, et établissement des quittances

Cette figure résume la façon dans est organiser le bureau des entrées :

Figure 3 : Organisation du bureau des entrées



Source : *Établi 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 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 autres 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

B. Bureau de calcul des couts

Il 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. Ce bureau réalise un canevas statistique du personnel, des activités, des moyens et des équipements de l'établissement hospitalier

C. Bureau organisation

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 nécessaires

2 Mise en œuvre de la contractualisation au sien chu de Tizi-Ouzou

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

Dans cette section j'essaye de présenter l'état des lieux du CHU de Tizi-Ouzou concerne son fonctionnement, sa gestion, et surtout de constater les principaux dysfonctionnements liés au fonctionnement et a l'organisation, que connait cet établissement.

J'effectué mon étude auprès de département ressource humaine de bureau contractuel, situé a l'administration du chu TIZI -OUZOU , pour mieux comprendre les pratique et enjeux d'élaborer la contractualisation .ce choix est expliqué par le fait que ce type de contractuels est lie a ce département RH et de service contractuels, sont nécessaire dans le but de connaitre en profondeur les pratiques et les enjeux d'élaborer de la contractualisation au sien de chu Tizi-Ouzou .ainsi que les risque visés.

Cette partie a pour objectif de défini r quelques concepts de base de la contractualisation dans les hôpitaux publics.

2.1.1 Définition de la contractualisation

Le mot contractualisation provient du mot contrat

Ce dernier puise son origine dans le mot latin "contractus", qui signifie engagement des personnes. Selon le code civil, il est défini comme un accord de volonté destiné à produire des

effets de droit, et plus particulièrement des obligations¹. Les définitions de la contractualisation ou un arrangement contractuel sont très nombreuses. Jean Perrot (OMS) définit la contractualisation comme suit : « un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation »

Le cadre des articles 19, 20 et 21 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 JOURNADA ETHANIA 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, procéder au recrutement, selon le cas et en fonction des besoins, d'agents contractuels pour une durée déterminée ou indéterminée.

- Contra a durée déterminée : ouvrier a temps partiel 5heur de travaille à temps partiel pour une durée déterminé (CDD) renouvelable
- Contra a durée indéterminée : ouvrier a temps partiel 8 heur de travaille à temps plein pour une durée indéterminé (CDI) non renouvelable, l'employeur peut participer au concours pour être titulaire et démissionner de la contractualisation surtout pour ce qu'on n diplôme.

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). 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.

La contractualisation appliquée au sien d'établissement de santé non renouvelable (CDI), Est considéré comme contrat à durée indéterminée, tout contrat destiné à l'occupation d'un emploi permanent, lorsque la nature des activités ou les besoins de service le justifient.

2.1.2 Son objectif

- Connaitre de façon rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins pour mieux cibler l'aide de l'Etat vers les personnes nécessiteuses.
- Une plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins. Les organismes de sécurité sociale pourront connaître de façon au plan quantitatif et qualitatif les soins fournis s aux assurés sociaux
- Une meilleure maitrise des dépenses de santé de sécurité sociale ;

- Une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant une utilisation rationnelle des ressources. Rétablit le rôle de l'Etat arbitre (arbitrage entre les établissements de santé et les organismes payeurs) ;
- Rétablir les vertus de la négociation, de la concertation et de la transparence (optimisation des ressources - concurrence) ;
- Rétablir les responsabilités des financeurs et des gestionnaires (rationalisation des ressources).

La contractualisation permet le contrôle de l'allure des dépenses de santé pour préserver les équilibres financiers des organismes de sécurité sociale

2.2 Dispositions générales

La présente ordonnance porte statut général de la fonction publique. Elle détermine les règles statutaires applicables aux fonctionnaires et les garanties fondamentales qui leur sont accordées dans le cadre de l'exercice de leurs missions au service de l'Etat.

2.2.1 Champ d'application

Le présent statut s'applique aux fonctionnaires exerçant au sein des institutions et administrations publiques. Il est entendu par institutions et administrations publiques, les institutions publiques, les administrations centrales de l'Etat, les services déconcentrés en dépendant, les collectivités territoriales, les établissements publics à caractère administratif, les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, les établissements publics à caractère scientifique et technologique et tout établissement public dont les personnels peuvent être soumis aux dispositions du présent statut.

Les magistrats, les personnels militaires et civils de la défense nationale et les personnels du Parlement ne sont pas soumis aux dispositions de la présente ordonnance préciseront pour les différents corps de fonctionnaires les dispositions du présent statut.

Toutefois et compte tenu des spécificités inhérentes aux corps des agents diplomatiques et consulaires, des personnels enseignants de l'enseignement supérieur, des chercheurs, des personnels appartenant aux corps spécifiques de la sûreté nationale, de la garde communale, de l'administration des forêts, de la protection civile, des transmissions nationales, de la sécurité des communications et des télécommunications, de

l'administration pénitentiaire et de l'administration des douanes ainsi que les personnels relevant du corps des greffes de juridictions et des corps spécifiques de l'administration des affaires religieuses, les statuts particuliers les régissant peuvent prévoir des dispositions dérogatoires à la présente ordonnance en matière de droits et obligations, de déroulement de la carrière et de discipline générale

2.2.2 Du contrat de travail

La liste des emplois correspondant aux activités d'entretien, de maintenance ou de service dans les institutions et administrations publiques comprend ;

- Les ouvriers professionnels ;
- Les agents de service ;
- Les conducteurs d'automobiles et les chefs de parc ;
- Les agents de prévention et les gardiens

Compte tenu de la nature de certains emplois ou des spécificités inhérentes aux impératifs de service, les agents soumis au régime de la contractualisation recrutée à temps plein peuvent être appelés à effectuer le travail de nuit ou des heures supplémentaires conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, les agents soumis au régime

De la contractualisation ont droit notamment :

- À une rémunération après service fait ;
- À la protection sociale et à la retraite ;
- Aux congés, absences autorisées et repos légaux ;
- Au bénéfice des œuvres sociales ;
- À l'exercice du droit syndical ;
- À l'exercice du droit de grève ;

Dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, les agents soumis au régime de la contractualisation sont tenus au respect de leurs obligations notamment :

- D'exercer leur activité en toute loyauté et impartialité ;
- De s'abstenir de tout acte incompatible avec la nature de leur emploi, même en dehors du service ;
- D'avoir en toute circonstance une conduite digne et respectable ;

- D'exécuter les instructions de la hiérarchie ;
- D'observer les mesures d'hygiène et de sécurité établies par l'administration ;
- De ne divulguer ni laisser connaître, en dehors des nécessités de service, aucun document, fait ou information, qu'ils détiennent ou connaissent à l'occasion de l'exercice de leur activité
- De veiller à la protection et à la sécurité des documents administratifs ;
- De préserver le patrimoine de l'administration

2.2.3 Des conditions et modalités de recrutement

- ✓ Nul ne peut être recruté en qualité d'agent contractuel, s'il ne remplit les conditions suivantes :
 - Être de nationalité algérienne ;
 - Avoir 18 ans au moins à la date de recrutement ;
 - Avoir l'aptitude physique et mentale ainsi que les qualifications exigées pour l'accès à l'emploi postulé ;
 - Être en situation régulière vis-à-vis du service national ;
 - Jouir de ses droits civiques et être de bonne moralité.
 - Ne pas avoir de mentions au bulletin du casier judiciaire incompatibles avec l'exercice de l'emploi postulé.
- ✓ Tout candidat à un emploi soumis au régime de la contractualisation doit, préalablement à son recrutement, fournir un dossier administratif de test professionnel pour les emplois à pourvoir par contrat à durée indéterminée
- ✓ Le recrutement des agents contractuels est soumis à la procédure de publicité.

Toutefois et compte tenu des impératifs de service ou de la nature des activités inhérentes à certains emplois, il peut être procédé au recrutement direct d'agents contractuels

2.3 La rémunération

2.3.1 La contagion

2.3.1.1 La contagion selon leur service

- Les agents qui travail dans l'administration 2500 dinars
- Les agents qui travail au service 4000 dinars
- La buanderie 5800 dinars

- Les emplois correspondant aux activités d’entretien, de maintenance ou de service dans les institutions et administrations publiques sont classés et rémunérés, selon le niveau de qualification requis, conformément à la grille indiciaire ci-après ;

Tableau 2 : selon le niveau de qualification requis, conformément à la grille indiciaire ci-après

EMPLOIS	Catégorie	Indice
Ouvrier professionnel de niveau 1 Agent de service de niveau 1 Gardien	1	200
Conducteur automobile de niveau 1	2	219
Ouvrier professionnel de niveau 2 Conducteur automobile de niveau 2 Agent de service de niveau 2	3	240
Conducteur automobile de niveau 3 et chef de parc	4	263
Ouvrier professionnel de niveau 3 Agent de service de niveau 3 Agent de prévention de niveau 1	5	288
Ouvrier professionnel de niveau 4	6	315
Agent de prévention de niveau 2	7	348

Le présent décret a pour objet de fixer les dispositions applicables à l’indemnité mensuelle de risque de contagion au profit des personnels des établissements publics relevant du secteur de la santé, exerçant à titre permanent des activités présentant un risque de contagion ainsi que ceux exerçant des activités intensives à haut risque.

Les services et activités concernés, les personnels bénéficiaires ainsi que les montants de l’indemnité prévue à l’article 1er ci-dessus, sont fixés conformément à l’annexe jointe au présent décret.

La liste nominative des personnels ouvrant droits à l’indemnité de risque de contagion par service et par activité prévue à l’article 1er du présent décret, est arrêtée périodiquement par le chef de l’établissement concerné.

L'indemnité de risque de contagion est soumise aux cotisations de sécurité sociale et de retraite.

Les modalités d'application des dispositions du présent décret sont précisées par instruction du ministre chargé de la santé.

2.3.1.2 Le risque de la contagion

Tableau 3 : montants de l'indemnité de risque de contagion 22mai2013

NIVEAUX DE RISQUE	SERVICES ET ACTIVITÉS	PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS
Niveau I Risque de contagion très élevé et activités intensives à haut risque	Maladies infectieuses Urgences médico-chirurgicales Néphrologie et hémodialyse Anesthésie réanimation Pneumo-phtisiologie Service aide médicale urgente Chirurgie générale et spécialités chirurgicales (bloc opératoire, postopératoire et réanimation) Gynécologie-obstétrique et maternités (bloc opératoire et salle d'accouchement	Enseignants chercheurs HOSPITALO-universitaires Praticiens médicaux spécialistes et généralistes de santé publique Résidents Paramédicaux de santé publique Auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation de santé publique Sages-femmes de santé publique	7.200 DA
Niveau II Risque de contagion élevé	Imagerie médicale Chirurgie dentaire Médecine générale et spécialités médicales Chirurgie générale et spécialités chirurgicales : (unités de consultation et d'hospitalisation) Gynécologie-obstétrique et maternité (consultation et	Personnels cités au niveau 1 Psychologues de santé publique Fonctionnaires de la filière laboratoire et maintenance Biologistes de santé publique Physiciens médicaux de santé publique	5.800 DA

	hospitalisation) Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic Laboratoires de référence Transfusion sanguine Pharmacie		
	Buanderie-lingerie	Agents contractuels Ouvriers professionnels	
Niveau III Risque de contagion modéré	1ère catégorie : Entretien et nettoyage des services Morgue Incinération Ramassage des déchets	Fonctionnaires relevant des corps communs Agents contractuels Ouvriers professionnels Conducteurs d'automobiles	4.000 DA
	2ème catégorie Transport des malades	Conducteurs d'automobiles affectés au transport des malades (ambulanciers).	3.000 DA
	3ème catégorie : Logistique et maintenance Bureau des entrées Gardiennage	Administrateurs des services de santé Fonctionnaires relevant des corps communs Agents contractuels Ouvriers professionnels Appariteurs	2.500 DA

2.3.2 Indemnité d'expérience professionnelle (IEP) d'un taux 1,40chaque année

L'indemnité d'expérience professionnelle calculée aux taux de 1,40% du traitement de base par année d'activité dans les institutions et administrations publiques et de 0,70% par année d'exercice dans les autres secteurs d'activités, dans la limite maximale de 60% du traitement de base ;

- L'emploi d'ouvrier professionnel est subdivisé en quatre (4) niveaux :
 - Les ouvriers professionnels de niveau 1 sont recrutés parmi les candidats justifiant d'une aptitude physique en adéquation avec l'activité à exercer.
 - Les ouvriers professionnels de niveau 2 sont recrutés parmi les candidats justifiant d'un certificat de formation professionnelle spécialisée (CFPS).
 - Les ouvriers professionnels de niveau 3 sont recrutés parmi les candidats justifiant d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou d'un certificat de formation professionnelle spécialisée (CFPS) et d'une expérience professionnelle de 5 ans, au moins, dans la même spécialité.
 - Les ouvriers professionnels de niveau 4 sont recrutés parmi les candidats justifiant d'un certificat de maîtrise professionnelle (CMP) ou d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) et d'une expérience professionnelle de 5 ans, au moins, dans la même spécialité.

- L'emploi d'agents de service est subdivisé en trois (3) niveaux :
 - Les agents de service de niveau 1 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la sixième année fondamentale.
 - Les agents de service de niveau 2 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la neuvième année fondamentale ou d'un certificat de formation professionnelle spécialisée (CFPS) en rapport avec les tâches inhérentes à l'emploi postulé
 - Les agents de service de niveau 3 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la première année secondaire ou d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) en rapport avec les tâches inhérentes à l'emploi postulé ou d'un certificat de formation professionnelle spécialisée (CFPS) et d'une expérience professionnelle de 5 ans, au moins, dans la même spécialité.

- L'emploi des conducteurs d'automobiles et des chefs de parc est subdivisé en trois (3) niveaux
 - Les conducteurs automobiles de niveau 1 sont recrutés parmi les candidats titulaires d'un permis de conduire, catégorie B.
 - Les conducteurs automobiles de niveau 2 sont recrutés parmi les candidats titulaires d'un permis de conduire catégorie poids lourds ou d'un permis de conduire catégorie transports en commun.

- Les conducteurs automobiles de niveau 3 et les chefs de parc sont recrutés parmi les candidats titulaires d'un permis de conduire justifiant du brevet d'enseignement fondamental (BEF) ou du brevet d'enseignement moyen (BEM) et d'une expérience professionnelle de 5 ans, au moins, en qualité de conducteur automobile.
- L'emploi d'agents de prévention et de gardiens est subdivisé en trois (3) niveaux :
 - L'emploi de gardien est pourvu parmi les candidats justifiant d'une aptitude physique en adéquation avec l'activité à exercer
 - Les agents de prévention de niveau 1 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la 1ère année secondaire et d'une formation dans le domaine ou d'une expérience professionnelle d'une année (1), au moins, dans un emploi d'agent de prévention.
 - Les agents de prévention de niveau 2 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la 3ème année secondaire et d'une formation dans le domaine ou d'une expérience professionnelle de deux (2) années, au moins, dans un emploi d'agent de prévention

2.4 Congés. Absences

2.4.1 Les congés

Sont considérées comme périodes de travail, pour la détermination de la durée du congé annuel :

- La période de travail effectif ;
- La période de congé annuel ;
- Les périodes d'absences autorisées par l'administration ;
- Les périodes de repos légal prévues aux articles 191 et 192 ci-dessus ;
- Les périodes de congé de maternité, maladie ou accident de travail ;
- Les périodes de maintien ou de rappel au service national

2.4.2 Les absences

Toute absence non justifiée est sanctionnée par une retenue sur la rémunération, au prorata de la durée de l'absence, sans préjudice des mesures disciplinaires prévues par le présent statut.

Le fonctionnaire peut bénéficier, sous réserve de justification préalable, d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, dans les cas suivants :

- Pour suivre des études en rapport avec les activités exercées, dans la limite d'un crédit horaire n'excédant pas quatre (4) heures par semaine compatible avec les impératifs du service ou pour participer à des examens ou concours pour la durée des épreuves ;
- Pour assurer un enseignement dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ;
- Pour la durée des sessions des assemblées dans lesquelles il exerce un mandat public électif, s'il n'a pas été placé en position de détachement ;
- Pour s'acquitter d'une mission liée à une représentation syndicale, ou participer aux séminaires de formation syndicale, conformément à la législation en vigueur
- Pour participer à des manifestations internationales à caractère sportif ou culturel

2.5 Décision du 03 septembre 2008 fixant la liste des titres et diplômes requis pour l'accès à certains grades des corps communs aux institutions et administrations publiques

- En application des dispositions du décret exécutif n°08-04 du 19 janvier 2008 susvisé notamment ses articles 23,30, 31, 41, 52, 53, 55, 71, 121, 160 et 190, la présente décision a pour objet de fixer les titres et diplômes requis par spécialité pour l'accès à certains grades des corps communs aux institutions et administrations publiques.
 - Certificat d'aptitude professionnelle d'agent de saisie,
 - Attestation de 1^{ère} année secondaire accomplie, plus une formation en informatique d'une durée de six (06) mois au moins dans un établissement privé de formation professionnelle agréé.
- L'accès au grade de secrétaire est ouvert aux titulaires des titres et diplômes ci-après :
 - Certificat de maîtrise professionnelle en secrétariat,
 - Attestation de 2^{ème} année secondaire accomplie, plus une formation en bureautique d'une durée de six (06) mois au moins dans un établissement privé de formation professionnelle agréé.
- L'accès au grade de secrétaire de direction est ouvert aux titulaires du diplôme de technicien en secrétariat ou en secrétariat bureautique.
- L'accès au grade de comptable administratif est ouvert aux titulaires des titres et diplômes ci-après :
 - Diplôme de technicien en comptabilité,
 - Certificat de maîtrise des techniques comptables

- L'accès au grade de comptable administratif principal est ouvert aux titulaires des titres et diplômes dans les spécialités ci-après :
 - o Diplôme des études universitaires appliquées en comptabilité et fiscalité,
 - o Diplôme des études universitaires appliquées en comptabilité,
 - o Diplôme des études universitaires appliquées en comptabilité et gestion financière des entreprises,
 - o Diplôme des études universitaires appliquées en comptabilité et gestion,
 - o Diplôme de technicien supérieur en gestion des stocks,
 - o Certificat d'économie et droit
- L'accès au grade de technicien supérieur en informatique est ouvert aux titulaires des diplômes ci-après :
 - o Diplôme des études universitaires appliquées en informatique,
 - o Diplôme de technicien supérieur en informatique ou en informatique de gestion.
- L'accès au grade de technicien supérieur en statistiques est ouvert aux titulaires des diplômes ci-après :
 - o Diplôme des études universitaires appliquées en statistique, ou en planification et statistique,
 - o Diplôme de technicien supérieur en statistiques, ou en planification et statistique.
- L'accès au grade d'assistant documentaliste- archiviste est ouvert aux titulaires des diplômes ci-après :
 - o Diplôme des études universitaires appliquées en bibliothéconomie,
 - o Diplôme de technicien supérieur en documentation et archives.

Les responsables de la gestion des ressources humaines des institutions et administrations publiques sont chargés de l'application de la présente décision.

3 Les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques

Le décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 fixant les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques, a pour finalités la fluidification des procédures de recrutement et de promotion, la détermination des missions et responsabilités des gestionnaires et leur Réhabilitation pleine et totale dans ce domaine.

Aussi, la présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application des dispositions du décret précité et ce, conformément à son article 36.

3.1 Consécration du concours sur titres comme voie de recrutement complémentaire au concours sur épreuves et au test professionnel

L'article 3 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 susvisé, dispose : « qu'outre, les voies de recrutement prévues par les statuts particuliers, pris en application de l'ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006, portant statut général de la fonction publique, le recrutement aux emplois publics peut s'effectuer par voie de concours sur titres ».

Les institutions et administrations publiques peuvent par conséquent, en fonction des impératifs de gestion, de la nature et du nombre des emplois à pourvoir, recourir au recrutement de fonctionnaires, soit par voie de concours sur titres, ou sur épreuves, ou soit par voie de test professionnel.

Il est nécessaire de souligner toutefois, que lorsque l'institution ou l'administration publique concernée dispose déjà de personnels contractuels ou de personnels exerçant dans le cadre des dispositifs relatifs à l'aide à l'insertion professionnelle ou à l'insertion sociale des jeunes diplômés et remplissant les conditions statutaires requises pour l'accès au grade considéré, le recrutement doit, conformément à l'alinéa 2 de l'article 3 précité, s'effectuer par voie de concours sur titres

Cette mesure est dictée par le souci d'octroyer la priorité dans le recrutement aux personnels contractuels et de donner une signification et un aboutissement aux politiques publiques de placement consacrées notamment par les dispositifs d'insertion professionnelle ou sociale (décrets exécutifs n°08-126 du 19 avril 2008 et n°08-127 du 30 avril 2008), concernant :

- Les diplômés de l'enseignement supérieur et les techniciens supérieurs issus des établissements nationaux de formation professionnelle
- Les sortants de l'enseignement secondaire de l'éducation nationale, des centres de formation professionnelle, ou ayant suivi un stage d'apprentissage

3.2 Postes budgétaires réservés aux concours, examens et tests professionnels

Conformément aux dispositions de l'article 5 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 susvisé, les institutions et administrations publiques sont tenues, dès la notification du

fascicule budgétaire de l'exercice considéré et sous l'autorité du ministre concerné, de répartir les postes budgétaires vacants entre les différents modes de recrutement et de promotion. Dans ce cadre, et dans le souci de mettre en place les jalons de la gestion prévisionnelle des ressources humaines dans l'administration publique et de rationaliser l'utilisation des postes budgétaires, les principaux choix et orientations en matière de politique sectorielle de recrutement et de promotion des fonctionnaires, sont arrêtés annuellement, au regard des objectifs du plan quinquennal des ressources humaines du secteur, par décision du ministre, pour l'ensemble des institutions et administrations publiques relevant de son secteur ou de l'autorité ayant pouvoir de nomination, pour les institutions et organismes spécifiques (Conseils supérieurs, cour suprême, conseil d'Etat, cour des comptes, etc.).

3.3 Cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels

Le dispositif réglementaire prévu par le chapitre 2 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012, précité, dispose que le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels, est fixé par arrêté :

- De l'autorité chargée de la fonction publique, pour l'accès aux corps communs aux institutions et administrations publiques ainsi qu'aux corps des ouvriers professionnels, conducteurs d'automobiles et appariteurs ;
- Du ministre concerné, pour l'accès aux corps spécifiques relevant de son secteur, après avis conforme de l'autorité chargée de la fonction publique.

Les arrêtés précités doivent préciser notamment :

A. Pour les concours sur épreuves, examens et tests professionnels

- Les corps ou grades ouverts au concours sur épreuves, à l'examen et au test professionnel ;
- Le nombre, la nature, la durée, les coefficients et, le cas échéant, les notes éliminatoires des épreuves d'admissibilité et d'admission définitive ;
- Les programmes des concours, examens et tests professionnels.

B. Pour les concours sur titres

- Les corps ou grades ouverts au concours sur titre ;
- Les critères de sélection au concours sur titres, ci-dessous énumérés, ainsi que la notation affectée à chacun d'eux, selon l'ordre de priorité suivant :

- L'adéquation du profil de formation du candidat avec les exigences du corps ou grade ouvert au concours ;
- La formation de niveau supérieur au titre ou diplôme exigé pour la participation au concours
- Les travaux et études réalisés, le cas échéant ;
- L'expérience professionnelle acquise par le candidat dans la spécialité, quel que soit le secteur d'exercice ou la nature de l'emploi occupé ;
- La date d'obtention du diplôme ;
- L'entretien avec le jury de sélection

3.4 Modalités d'ouverture des concours, examens et test professionnels

L'ouverture des concours, examens et tests professionnels est prononcée par arrêté ou décision de l'autorité ayant pouvoir de nomination ou de l'autorité de tutelle, autorité de tutelle, selon le cas.

L'arrêté ou la décision, dont les modèles sont joints en annexe 1 de la présente instruction, précise notamment :

- Les corps ou grades ouvert au concours, à l'examen ou au test professionnel
- Le mode de recrutement ou de promotion (concours sur titres ou sur épreuves, examen ou test professionnel) ;
- Le nombre de postes budgétaires réservé pour chaque mode de recrutement ou de promotion ;
- Les conditions statutaires de participation aux concours, examens et tests professionnels ;
- Le nombre, la nature, la durée, les coefficients et, le cas échéant, les notes éliminatoires des épreuves d'admissibilité et d'admission définitive aux concours, examens et tests professionnels ;
- Les dates d'ouverture et de clôture des inscriptions ;
- La composition du jury de sélection au concours sur titres, telle que prévue à l'article 18 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 précité la composition du jury d'admissibilité et/ou d'admission définitive, telle que fixée aux articles 24, 26 et 27 du décret sus mentionné.

3.5 Notification des arrêtés ou décisions d'ouverture des concours, examens et tests professionnels

En application de l'article 11 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 précité, les institutions et administrations publiques sont tenues de notifier une ampliation de l'arrêté ou de la décision portant ouverture des concours, examens et tests professionnels aux services centraux ou locaux de l'autorité chargée de la fonction publique, selon le cas, dans un délai maximum de cinq (5) jours ouvrables à compter de la date de sa signature.

A cet égard, il y a lieu de souligner que l'avis des services de la fonction publique a pour but de s'assurer de la conformité de l'arrêté ou de la décision d'ouverture :

- Aux dispositions statutaires relatives aux conditions requises pour la participation aux concours, examens et tests professionnels (titres et diplômes exigés pour le recrutement, ancienneté professionnelle, etc.) ;
- Aux dispositions réglementaires prévues par les arrêtés fixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels (nature des épreuves, notation des critères de sélection aux concours sur titres, etc.) ;
- À la décision de répartition des postes budgétaires, citée au point 2 ci-dessus.

Enfin, il convient de signaler que les arrêtés et décisions d'ouverture des concours examens et tests professionnels qui n'ont pas été notifiés dans les délais requis ne sont pas opposables aux services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique.

3.6 Publicité des concours, examens et tests professionnels

La publicité des concours, examens et tests professionnels doit s'effectuer selon les modalités prévues à l'article 12 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 susvisé.

Dans ce cadre, les concours, examens et tests professionnels doivent faire l'objet de publicité dans un délai maximum de sept (7) jours ouvrables, à compter de la date d'obtention de l'avis de conformité des services de la fonction publique.

La publicité des concours et tests professionnels destinés aux recrutements externes s'effectue

- a. Par voie d'avis de presse écrite et par tout autre moyen approprié, pour les grades classés à la catégorie 10 au moins. La publicité dans la presse écrite doit se faire :

- **Pour les concours de portée nationale ou ceux dont l'organisation est centralisée :**
Dans un quotidien national en langue arabe et un quotidien national en langue française, au moins ;
- **Pour les autres concours :** dans un quotidien national ou régional en langue arabe et un quotidien national ou régional en langue française, au moins.
- b. Par voie d'affichage, auprès des agences de l'emploi et par tout autre moyen approprié, pour les autres grades.

En ce qui concerne les examens et les tests professionnels destinés à la promotion interne, un large affichage et diffusion doit être assurée sur les lieux de travail ainsi que sur le site internet de l'institution ou de l'administration concernée ou de son autorité de tutelle, le cas échéant.

Il est nécessaire de souligner, à cet égard, qu'outre les voies de publicités citées ci-dessus, l'ensemble des concours, examens et tests professionnels doivent impérativement être publiés sur le site internet de la direction générale de la fonction publique (www.concours-fonctionpublique.gov.dz).

Les modèles de l'avis de presse ou de l'affichage des concours, examens et tests professionnels sont joints en annexe 2 de la présente instruction.

3.7 Ouverture des inscriptions aux concours, examens et tests professionnels

Dans le souci d'assurer la stabilité des fonctionnaires d'une part, et afin d'optimiser l'utilisation des postes budgétaires d'autre part, le décret n°12- 194 du 25 avril 2012 susvisé, a consacré le critère de la localisation géographique de l'emploi à pourvoir comme élément déterminant pour la participation des candidats aux concours et tests professionnels destinés aux recrutements externes.

Toutefois, et lorsqu'il s'agit d'un concours de portée nationale, l'inscription à ce concours est ouverte à tous les candidats justifiant des conditions de participation fixées par la réglementation en vigueur, sans tenir compte du lieu de résidence du candidat.

A cet égard, il y a lieu de souligner que le caractère national du concours est déterminé, par le ministre de tutelle de l'institution ou de l'administration concernée, en fonction :

- Soit du niveau de qualification exigé pour l'accès au grade postulé, exemple : enseignant du supérieur, praticien spécialiste de santé publique, etc. ;

- Soit du mode de gestion centralisée du corps ou du grade à pourvoir ;
- Soit du caractère spécialisé de l'administration concernée (Sûreté Nationale, Douanes, Protection Civile, Administration Pénitentiaire, etc.) ;
- Soit de l'envergure ou de la compétence nationale de l'institution ou de l'administration concernée (institution ou établissement national, etc.).

3.8 Constitution du dossier de candidature aux concours, examens et tests professionnels

Les dossiers de candidatures aux concours, examens et tests professionnels doivent comporter les documents devant permettre à la commission prévue à l'article 15 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 précité, de statuer sur les demandes de participation des différents Candidats.

- Pour les concours sur épreuves et tests professionnels, il s'agit notamment des pièces ou documents ci-après :
 - Copie certifiée conforme à l'original du titre ou du diplôme requis ;
 - Copie certifiée conforme à l'original du document justifiant la situation du candidat vis-à-vis du service national ;
 - Copie certifiée conforme à l'original de la pièce d'identité nationale ;
 - Extrait du casier judiciaire n°03, en cours de validité ;
 - Deux (02) photos d'identité ;
 - Certificat de résidence, pour les concours de recrutement dans les emplois localisés dans les wilayas ou les communes éloignées ;
 - Les certificats médicaux attestant l'aptitude du candidat à exercer les tâches inhérentes au grade postulé.
 - Outre les pièces énumérées ci-dessus, les dossiers des candidats aux concours sur titres doivent comporter, notamment
 - Les attestations de travail précisant l'expérience professionnelle du candidat dans la spécialité, dûment visées par l'organe de sécurité sociale, pour l'expérience acquise dans le secteur privé, le cas échéant ;
 - Une copie certifiée conforme à l'originale du relevé de note du cursus de formation ;
 - Une attestation justifiant la période de travail effectuée par le candidat dans le cadre du dispositif d'insertion professionnelle ou sociale des jeunes diplômés et précisant l'emploi occupé, le cas échéant ;

- Tout document justifiant le suivi par le candidat d'une formation supérieure au diplôme requis dans la spécialité, le cas échéant ;
- Tout document relatif aux travaux et études réalisés par le candidat dans la spécialité, le cas échéant

3.9 Examen des dossiers de candidatures aux concours, examens et tests professionnels

Dès l'ouverture des inscriptions, la commission citée au point 8 ci-dessus, procède à l'examen des dossiers de candidatures réceptionnés. Cette opération doit être finalisée, au plus tard, dans les dix (10) jours qui suivent la date de clôture des inscriptions.

L'examen des dossiers de candidature donne lieu à l'établissement d'un procès verbal, selon le modèle joint en annexe 3 de la présente instruction, devant consigner :

- a. La liste nominative des candidats retenus pour participer au concours, Examen ou test professionnel, au regard de leur satisfaction aux conditions requises et de leurs dossiers constitués, conformément au point 8 ci-dessus ;
- b. La liste nominative des candidats dont les dossiers ont été rejetés, en précisant les motifs du rejet (non satisfaction aux conditions exigées, manque de pièces ou de justificatifs au dossier, non conformité de la spécialité du titre ou du diplôme du candidat, etc.).

Une ampliation du procès verbal précité, accompagnée de la copie du premier avis de presse écrite ou de l'affichage du concours, examen ou test professionnel, est notifiée aux services centraux ou locaux de la fonction publique, selon le cas, dans un délai n'excédant pas les quinze (15) jours ouvrables, à compter de la date de clôture des inscriptions.

3.10 Déroulement des concours, examens et tests professionnels

3.10.1 Déroulement des concours sur titres

En ce qui concerne les concours sur titres, l'institution ou L'administration publique concernée procède elle-même à l'étude des dossiers des candidats et à la notation des critères de sélection, tel que prévu par l'arrêté fixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels.

Par contre, l'entretien avec les candidats est confié au jury de sélection institué à cet effet, par décision de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

Le jury est composé de :

- L'autorité ayant pouvoir de nomination ou son représentant, Président ;
- Deux (2) membres appartenant à un grade supérieur au grade concerné par ledit concours. Dans le cas où l'institution ou l'administration publique concernée ne dispose pas de fonctionnaires appartenant au grade supérieur ou lorsque le grade à pourvoir constitue le grade le plus élevé du corps (exemple : secrétaire principal de direction) celle-ci peut recourir aux fonctionnaires appartenant aux grades supérieurs relevant de la même filière (administrateur, administrateur principal, etc.) ou faire appel à des fonctionnaires appartenant au même grade et occupant des postes supérieurs.

Une ampliation de la décision portant désignation des membres du jury et éventuellement les membres suppléants, est notifiée aux services centraux ou locaux de l'autorité chargée de la fonction publique, selon le cas, dans un délai de dix (10) jours à compter de la date de sa signature.

3.10.2 Déroulement des concours sur épreuves, examens et tests professionnels

L'organisation du déroulement des concours sur épreuves, examens et tests professionnels est confiée aux établissements publics de formation, tel que prévu à l'article 19 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012, suscité.

Les établissements publics susceptibles d'être érigés en centre d'examen doivent obligatoirement assurer une formation ou un enseignement dans la spécialité et de niveau équivalent au moins à celui du titre ou du diplôme exigé pour l'accès au grade postulé.

La liste des établissements précités est fixée, selon le cas, par arrêté :

- De l'autorité chargée de la fonction publique, pour l'accès aux corps communs aux institutions et administrations publiques et aux ouvriers professionnels, conducteurs d'automobiles et appariteurs, après avis de l'autorité de tutelle des établissements publics de formation concernés ;
- Du ministre concerné, pour les corps spécifiques relevant de son secteur, après avis de l'autorité de tutelle des établissements publics de formation concernés.

Les concours, examens et tests professionnels organisés par des établissements qui n'ont pas été dûment habilités sont considérés comme nuls et de nul effet.

3.11 Délais de finalisation des concours, examens et tests professionnels

Les concours, examens ou tests professionnels doivent, conformément à l'article 17 du décret n°12-194 du 25 avril 2012, suscité, être finalisés dans un délai maximum de quatre (4) mois, à compter de la date d'obtention de l'avis de conformité des services de la fonction publique. Ce délai peut, le cas échéant, être prorogé d'un (1) mois, par décision du ministre de tutelle de l'institution ou de l'administration publique concernée.

Dans le cas où le déroulement des concours, examens ou tests professionnels n'a pu avoir lieu, pour quelque motif que se soit, dans l'intervalle des cinq (5) mois, l'arrêté ou la décision d'ouverture des concours, examens ou tests professionnels concernés, devient caduc.

Les candidats auxdits concours, examens ou tests professionnels en sont informés par tout moyen approprié (télégramme, presse écrite, e-mail, SMS, site web, etc.).

3.12 Mission et responsabilité du chef d'établissement, centre d'examen

En vertu de l'article 20 du décret n°12-194 du 25 avril 2012 précité, le chef de centre d'examen est tenu d'assurer le bon déroulement des épreuves des concours, examens et tests professionnels, au niveau de son établissement et des centres d'examen annexes, le cas échéant.

Dans ce cadre, et sous peine de l'annulation des résultats définitifs des concours, examens et tests professionnels, tel que prévu par l'article 33 dudit décret, le chef de centre est chargé de désigner :

- La commission de choix des sujets des épreuves ;
- La commission de surveillance, au niveau des salles d'examen ;
- La commission de correction des épreuves, parmi les enseignants de l'établissement et/ou parmi les personnes justifiant d'une qualification avérée, en rapport avec la nature des épreuves ;
- Le jury de l'épreuve orale, le cas échéant.

En outre, il doit veiller :

- Au respect du règlement intérieur de l'établissement, dont modèle ci-joint en annexe 4 ;
- Au respect des règles de confidentialité des sujets des épreuves et de l'anonymat des copies d'examen ;
- À la transcription exacte des notes sur les procès verbaux d'admissibilité et d'admission.

3.13 Proclamation des résultats des concours, examens et tests professionnels

3.13.1 Proclamation des résultats des épreuves d'admissibilité

En application de l'article 23 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012, précité, seuls les candidats ayant obtenu une moyenne générale égale au moins à 10 sur 20, sans note éliminatoire inférieure à 5/20, sont déclarés admis aux épreuves d'admissibilité aux concours sur épreuves, examens et tests professionnels.

La liste des candidats en question est arrêtée, conformément à l'article 24 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012, précité, par un jury composé :

- Du chef de l'établissement, centre d'examen, ou son représentant, président ;
- Du représentant de l'autorité ayant pouvoir de nomination ou de l'autorité de tutelle, selon le cas, membre ;
- De deux correcteurs des épreuves du concours, examen ou test professionnel, membres.

3.13.2 Proclamation des résultats définitifs des concours sur épreuves, examens et tests professionnels

Conformément à l'article 26 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012, précité, seuls les candidats ayant obtenu une moyenne générale égale au moins à 10 sur 20, sans note éliminatoire, sont déclarés définitivement admis aux concours sur épreuves, examens et tests professionnels. La liste des candidats en question est arrêtée, par ordre de mérite et dans la limite des postes budgétaires ouverts, par un jury composé :

- De l'autorité ayant pouvoir de nomination ou de l'autorité de tutelle, ou son représentant, président ;
- Du responsable de l'établissement, centre d'examen, membre ;

- De deux (2) correcteurs des épreuves du concours, examen ou test professionnel, membres.

3.13.3 Proclamation des résultats définitifs des concours sur titres

La liste des candidats admis définitivement au concours sur titres est, conformément à l'article 27 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 susvisé, arrêtée par ordre de mérite et dans la limite des postes budgétaires ouverts, par un jury composé :

- De l'autorité ayant pouvoir de nomination ou de l'autorité de tutelle ou son représentant, président ;
- D'un représentant élu de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps ou grade considéré, membre ;
- D'un fonctionnaire membre du jury d'entretien

3.13.4 Etablissement et validité des listes d'attente

Libérés dans l'intervalle de deux concours, examens ou tests professionnels, pour l'une des raisons suivantes :

- Mise à la retraite ;
- Mutation ;
- Mise en position de service national ;
- Licenciement ;
- Révocation ;
- Démission ;
- Décès.

3.13.5 Publicité et notification des listes d'admissibilité et d'admission définitive ainsi que des listes d'attente

En vue d'assurer une large information des candidats admis aux concours, examens et tests professionnels, les listes d'admissibilité, d'admission définitive ainsi que les listes d'attente sont, conformément à l'article 29 du décret exécutif n°12-194, précité, publiées par l'autorité ayant pouvoir de nomination, par voie d'affichage au niveau des locaux de l'administration concernée et du centre d'examen et par tout autre moyen approprié (presse écrite et site web notamment).

Les listes en question doivent par ailleurs, être notifiées aux services centraux ou locaux de l'autorité chargée de la fonction publique, selon le cas, dans un délai maximum de sept (7) jours ouvrables à compter de leur établissement et signature.

3.13.6 Convocation des candidats admis aux concours, examens et tests professionnels

Les candidats déclarés admis définitivement aux concours, examens et tests professionnels, sont, conformément à l'article 31 du décret exécutif n°12-194, précité, tenus de rejoindre leurs postes d'affectation ou l'établissement de formation, selon le cas, dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de notification de la décision d'affectation ou d'admission à la formation considérée. Passé ce délai, les candidats, perdent automatiquement l'avantage de leur admission et sont immédiatement remplacés par les candidats inscrits sur la liste d'attente, suivant l'ordre de classement.

3.14 Contrôle des procédures d'organisation, de déroulement et de proclamation des résultats des concours, examens et tests professionnels

La mission de contrôle ou d'audit est sanctionnée par un rapport qui sera adressé :

- À l'institution ou l'administration publique concernée et/ou à l'autorité de tutelle ;
- Au centre d'examen et/ou à l'autorité de tutelle, le cas échéant.

A cet égard, il y a lieu de préciser que :

- a. Dans le cas où il est relevé le non respect, par l'institution ou l'administration publique ou par le centre d'examen concerné, du cadre d'organisation et/ou des procédures d'ouverture, de déroulement et de proclamation des résultats des concours, examens et tests professionnels, il peut être procédé à l'annulation des résultats des opérations précitées.
- b. Dans le cas où des réserves n'entachant pas foncièrement la conformité à la réglementation en vigueur, des procédures d'ouverture, de déroulement et de proclamation des résultats des opérations de recrutement et de promotion ont été émises, et sous peine d'annulation desdits concours, examens et tests professionnels, l'institution ou l'administration publique concernée est tenue de procéder à la levée

⁶ Copie à Monsieur le Secrétaire Général du Gouvernement,
(à titre de compte rendu).

des réserves en question, dans un délai ne pouvant excéder un (01) mois à compter de sa saisine.

Il y a lieu de signaler par ailleurs qu'au regard des impératifs d'évaluation des opérations de gestion notamment celles relatives aux recrutements et aux promotions dans la fonction publique, les institutions et administrations publiques sont, conformément à l'article 35 du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012, précité, tenues d'établir, à l'issue de chaque exercice budgétaire, les bilans des opérations de recrutement.

Conclusion

A fin de répondre aux différentes problématiques citées précédemment, mon travail de recherche se focalise sur les deux axes d'étude suivants :

- Si la contractualisation a connu quelques progrès et une accélération ces dernières années dans sa définition et sa mise en œuvre
- Les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques.

Ce travail permet aussi de mettre en avant le fait que la sélection du contracteur, le choix de rémunération (rémunération unique ou plusieurs rémunérations uniques ou plusieurs rémunérations pour un même contrat) et le périmètre du contrat doivent être analysés d'une manière imbriquée afin de limiter les risques pouvant impacter le projet de développement.

La contractualisation telle qu'elle est appliquée en Algérie n'a pas atteint le niveau d'organisation et de rigueur nécessaires ; il existe un fossé énorme entre les modalités effectives d'application et le cadre normatif recommandé par l'OMS.

Conclusion générale

Le système national de santé connaît des transformations profondes insufflées par les nouveaux textes réglementaires, les notes ministérielles et les réformes hospitalières ont été engagées pour la modernisation de la gestion des hôpitaux, afin de s'adapter aux différentes mutations épidémiologiques et socioéconomiques que connaît notre pays et répondre de manière efficace aux besoins de la population

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 maîtresse 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...

Dans cette optique, le rôle de l'Etat devient primordial. Il doit se désengager progressivement de son rôle classique (prestation, financement, etc.) pour concentrer ses efforts sur son nouveau rôle de pilotage (régulation, contrôle, planification, évaluation, etc.). L'Etat devient alors le garant d'une approche systémique de la contractualisation, la seule apte à concrétiser une décentralisation efficace.

Mon travail de recherche consiste à étudier et à analyser l'adoption du processus de contractualisation au niveau des hôpitaux publics en Algérie, notamment son élaboration et sa mise en place, ainsi que ses apports en matière d'amélioration de la gestion des hôpitaux et la révision des rapports existant entre les acteurs de la santé.

Ce travail tente d'analyser la conception de la contractualisation élaborée par l'OMS d'une part, et d'évaluer son application dans l'établissement de santé en Algérie. Pour en suggérer à la fin quelques recommandations.

Les hôpitaux publics sont soumis à des contraintes qui leur imposent de développer le mode gestion. En effet, le renforcement des contraintes économiques, les mutations

technologiques et l'évolution des besoins des patients leur exigent de mieux maîtriser leur performance.

Dans ce contexte, la contractualisation constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif.

En Algérie, la contractualisation, malgré son ancienneté, touche toujours un seul segment du système de santé : les structures hospitalières publiques. Elle est conçue alors pour revoir les modalités de financement des structures publiques de soins (Hôpitaux publics) par les bailleurs de fonds (sécurité sociale). Au paravent, le financement s'effectuait par forfait. Avec l'instauration de la contractualisation, d'autres modalités de financement et de tarification sont prévues, comme le prix moyen de la journée d'hospitalisation par groupe homogène de spécialité (PMHGHS), en première étape, et la tarification à l'activité, en deuxième étape. Malgré l'implication de deux acteurs seulement dans cette relation, le mécanisme de la contractualisation est encore inopérant. Ceci à cause de :

- L'absence d'une volonté politique suffisante pour l'achèvement rapide de cette réforme, et ce afin de passer à l'étape d'évaluation post réforme ;
- La lenteur dans l'application des différentes étapes de la mise en place (identification du statut des patients, révision de la nomenclature des actes professionnels, l'installation des services « Hôpitaux cliniques », etc.) ;
- L'absence d'un consensus entre les deux acteurs impliqués dans la relation contractuelle. En fait, chacun accuse l'autre d'être à l'origine du retard.

Tous ces obstacles bloquent l'achèvement de la réforme, malgré que le domaine d'application se réduise uniquement aux modalités de financement des structures hospitalières publiques

Liste des tableaux et schémas

Liste des tableaux :

TABEAU 1 : RELATION ENTRE TYPE DE TRANSACTION ET STRUCTURE DE GOUVERNANCE.....	26
TABEAU 2 : SELON LE NIVEAU DE QUALIFICATION REQUIS, CONFORMEMENT A LA GRILLE INDICIAIRE CI-APRES..	71
TABEAU 3 : MONTANTS DE L'INDEMNITE DE RISQUE DE CONTAGION 22MAI2013.....	72

Liste des figures :

SCHEMA 1 : LES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE.....	36
SCHEMA 2 : LA CONTRACTUALISATION EN ALGERIE	41

Liste des schémas :

FIGURE 3 : ÉVOLUTION DU MONTANT DU FORFAIT HOSPITALIER DE 1973 A 2019 EN MILLIONS DE DA.....	48
FIGURE 3 : ORGANIGRAMME DU CHU NEDIR MOHAMED DE TIZI-OUZOU	56
FIGURE 3 : ORGANISATION DU BUREAU DES ENTREES.....	65

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1) Ouvrages

1. BEATRICE MAJNONI D. : « *Economie de la santé* » éd PUF, Paris, 1994.
2. Perrot J, DE ROODENBEKE E. : « *Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée* », éd KHARTALA, Paris, 2005.
3. Phelps C. : « *Les fondements de l'économie de la santé* » éd PUBLI-UNION, 1995.
4. Plane, JEAN-MICHEL. THEORIE et management des organisations .3ème ED. PARIS : DUNOD, 2012.
5. DAHAK, ABDENOUR, KARA, RABAH, le mémoire de master : du choix du sujet a la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de gestion et des sciences commerciales. Tizi-Ouzou : édition el-Amel, 2015.
6. OUFRIHA.F.Z. les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé a les croisés des chemins, CREAD
7. MOISDON J.C tonneau D, « la démarche gestionnaire a l'hôpital. Recherche sur la gestion interne ». Édition SELI ARSLAN, paris ,1999
8. Auby J.F. : « *La délégation du service public* » éd PUF, collection « que sais-je », Paris, 1995
9. Ahmad S, Jean-Marie A. : « *Lexique d'économie* », éd Dalloz, 2006.
10. Arrow K, Granger T. : « *Théorie de l'information et des organisations* », éd DUNOD, Paris, 2000

2) Thèses de doctorat

1. 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
2. BENMANSOUR SONIA, « *la contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux* » thèse de doctorat en sciences économie, UMMTO

3) Mémoires de magister

1. FOUDI Brahim, Magister en sciences économiques " La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux" Université de Bejaia, 2011
2. 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
3. Mémoire de BOUAIDI SONIA. Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier.cas EPH Ain EL Hammam, management des entreprise, UMMTO

4) Mémoire de master

1. Mémoire de MANI Ali, MOKHTARI TASSADIT « la contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et de système de soins : quête de rationalité » science économie, 2018 UMMTO
2. AIT SAID FOUAD, AMROUN YANIS « préalable a la mise en place de la contractualisation au sien d'un établissement public : mise en place d'un projet d'établissement hospitalier » science économie, 2016 /2017, UMMTO

5) Rapports et documents administratifs

1. Agence française du développement : « La contractualisation : une clé pour la gestion durable des services essentiels », coordonné par TETAR J-M, CEDRIC B, 2008
2. MSPRH, organisation sanitaire, disponible sur le site www.sante.gov.dz
3. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalier. Manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, réalisé dans le cadre des activités du programme d'appui au secteur de la santé, UE.DZ (en ligne). Juin ,2011 FORMAT PDF. Disponible sur : <http://www.pass-ue.dz>.
4. Décret présidentiel n° 07-308 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations, les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable.
5. Instruction n°1 /D.G.F.P. du 20 février 2013 relative à l'application des dispositions du décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 fixant les modalités d'organisation et de

déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques.

6. Décision du 03 septembre 2008 fixant la liste des titres et diplômes requis pour l'accès à certains grades des corps communs aux institutions et administrations publiques.

6) Textes réglementaires

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.
3. Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire

7) 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. www.sante.gouv.ma
3. www.managment.free.fr
4. www.iposoc.fr
5. WWW.MEMOIREGRATUIT.COM/LA CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE/

Annexes

Annexe 1 : Modèles des arrêtés (ou décisions) portant ouverture des concours, examens et tests professionnels.

Annexe 1.1 : Modèle d'arrêté (ou décision) portant ouverture d'un concours sur épreuves.

Annexe 1.2 : Modèle d'arrêté (ou décision) portant ouverture d'un concours sur titres.

Annexe 1.3 : Modèle d'arrêté (ou décision) portant ouverture d'un examen professionnel.

Annexe 1.4 : Modèle d'arrêté (ou décision) portant ouverture d'un test professionnel.

Annexe 2 : Modèles de l'avis de presse ou de l'affichage des concours, examens et tests professionnels.

Annexe 2.1 : Modèle de l'avis de recrutement externe.

Annexe 2.2 : Modèle de l'affichage pour la promotion interne.

Annexe 3 : Modèles des procès verbaux de la commission chargée d'examiner les dossiers de candidature.

Annexe 3.1 : Modèle de procès verbal de la commission chargée d'examiner des dossiers de candidature aux concours sur titres/ sur épreuves ou tests professionnels (recrutement externe).

Annexe 3.2 : Modèle de procès verbal de la commission chargée d'examiner des dossier de candidature à l'examen professionnel / test professionnel.(promotion interne).

Annexe 4 : Règlement intérieur du centre d'examen.

Annexe 1 : Modèles des arrêtés (ou décisions) portant ouverture des concours, examens et tests professionnels.

Annexe 1.1 : Modèle d'arrêté (ou décision) portant ouverture d'un concours sur épreuves.

Annexe 1.2 : Modèle d'arrêté (ou décision) portant ouverture d'un concours sur titres.

Annexe 1.3 : Modèle d'arrêté (ou décision) portant ouverture d'un examen professionnel.

Annexe 1.4 : Modèle d'arrêté (ou décision) portant ouverture d'un test professionnel.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**Indiquer l'institution ou
l'administration publique concernée.**

Annexe 1-1

**MODELE D'ARRETE OU DECISION N° DU PORTANT OUVERTURE
D'UN CONCOURS SUR EPREUVES POUR L'ACCES
AU CORPS.....GRADE DE**

Préciser l'autorité ayant pouvoir de nomination ;

- Vu le décret n° 66-145 du 02 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires ;
- Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;
- Vu le décret exécutif n° 95-132 du 13 Dou Elhidja 1415 correspondant au 13 mai 1995 relatif à la création des bulletins officiels des institutions et administrations publiques ;
- Vu le décret exécutif n°..... ducorrespondant auportant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps relevant du (préciser le secteur)
- Vu le décret exécutif n°12-194 du 3 Joumada Ethania 1433 correspondant au 25 avril 2012 fixant les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques ;
- Vu l'arrêté ministériel du.....fixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels du secteur concerné,
- Vu l'arrêté ministériel du.....fixant la liste des établissements publics de formation spécialisée habilités à organiser les concours sur épreuves, examens et tests professionnels pour l'accès aux corps appartenant au (préciser le secteur),
- Vu l'arrêté (la décision) n°..... du.....fixant la répartition des postes budgétaires ou le plan annuel de gestion des ressources humaines, au titre de l'exercice budgétaire.

ARRETE OU DECIDE

Article 1^{er} : le présent arrêté (ou décision) a pour objet de fixer les modalités d'ouverture du concours sur épreuves pour l'accès au corpsgrade de

Article 2 : le nombre de postes à pourvoir est fixé à postes budgétaires conformément à l'arrêté (ou la décision) n°.....du..... ressources humaines de l'année

Article 3 : Le concours sur épreuves pour l'accès au grade de.....susvisé ou au plan de gestion des est ouvert aux candidats titulaires du.....(préciser les titres ou diplômes exigés en fonction des spécialités prévues par le statut particulier visé ci-dessus).

Article 4 : Le délai des inscriptions au concours sur épreuves est fixé à..... jours à compter de la date de la parution du premier placard publicitaire dans la presse écrite ou de son affichage au niveau des agences de l'emploi, selon le cas.

Article 5 : Le concours précité comporte les épreuves suivantes :

- Préciser la nature des épreuves, leur durée, leur coefficient et la note éliminatoire pour chacune d'elles, tel que fixé par l'arrêté ministériel du.....fixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels visé ci-dessus.

Article 6 : Les candidats non retenus pour participer au concours sur épreuves peuvent introduire un recours devant l'autorité ayant pouvoir de nomination qui doit statuer sur ledit recours et répondre aux intéressés au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date de déroulement de ce concours.

Article 7 : Le présent arrêté (ou décision) prend effet à compter de la date de sa signature et sera publié au (citer le moyen de publication : bulletin officiel, registre des actes administratifs).

Fait à

Signature (préciser l'autorité habilitée)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**Indiquer l'institution ou
l'administration publique concernée.**

Annexe 1-2

**MODELE D'ARRETE OU DECISION N° DU PORTANT OUVERTURE
D'UN CONCOURS SUR TITRES POUR L'ACCES
AU CORPS.....GRADE DE**

Préciser l'autorité ayant pouvoir de nomination ;

- Vu le décret n° 66-145 du 02 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires ;
- Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;
- Vu le décret exécutif n° 95-132 du 13 Dou Elhidja 1415 correspondant au 13 mai 1995 relatif à la création des bulletins officiels des institutions et administrations publiques ;
- Vu le décret exécutif n°..... du correspondant au portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps relevant du.....(préciser le secteur) ;
- Vu le décret exécutif n° 12-194 du 3 Jomada Ethania 1433 correspondant au 25 avril 2012 fixant les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques ;
- Vu l'arrêté ministériel dufixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels du (préciser le secteur).
- Vu la circulaire n° 7 du 25 avril 2011 relative aux critères de sélection aux concours sur titre pour le recrutement dans les grades de la fonction publique. (la circulaire est citée dans le cas où l'arrêté cadre n'est pas encore adapté).

-
- Vu l'arrêté (la décision) n°.....du.....fixant la répartition des postes budgétaires ou le plan de gestion des ressources humaines au titre de l'exercice budgétaire(citer l'année)

ARRETE OU DECIDE

Article 1^{er} : le présent arrêté (ou décision) a pour objet de fixer les modalités d'ouverture du concours sur épreuves pour l'accès au corpsgrade de

Article 2 : le nombre de postes à pourvoir est fixé à postes budgétaires conformément à l'arrêté (ou la décision) n°.....du..... ressources humaines de l'année

Article 3 : Le concours sur épreuves pour l'accès au grade de.....susvisé ou au plan de gestion des est ouvert aux candidats titulaires du.....(préciser les titres ou diplômes exigés en fonction des spécialités prévues par le statut particulier visé ci-dessus).

Article 4 : Outre les titres ou diplômes prévus à l'article 3 ci-dessus, les candidats sont sélectionnés en fonction des critères suivants:(citer les critères fixés par l'arrêté fixant le cadre d'organisation du concours, examen et test professionnel, dans le cas d'absence de ce dernier, citer les critères fixés par la circulaire n07 du 28 avril 2011 visée ci-dessus).

Article 5 : Le délai des inscriptions au concours sur titres est fixé àjours à compter de la date de la parution du premier placard publicitaire dans la presse écrite, ou de son affichage au niveau des agences de l'emploi, selon le cas.

Article 6 : Les candidats non retenus pour participer au concours sur épreuves peuvent introduire un recours devant l'autorité ayant pouvoir de nomination qui doit statuer sur ledit recours et répondre aux intéressés au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date de déroulement de ce concours.

Article 7 : Le présent arrêté (ou décision) prend effet à compter de la date de sa signature et sera publié au (citer le moyen de publication : bulletin officiel, registre des actes administratifs).

Fait à

Signature (préciser l'autorité habilitée)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**Indiquer l'institution ou
l'administration publique concernée.**

Annexe 1-3

**MODELE D'ARRETE OU DECISION N° DU PORTANT OUVERTURE
D'UN EXAMEN PROFESSIONNEL POUR L'ACCES
AU CORPS.....GRADE DE**

Préciser l'autorité ayant pouvoir de nomination ;

- Vu le décret n° 66-145 du 02 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires ;
- Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;
- Vu le décret exécutif n° 95-132 du 13 Dou Elhidja 1415 correspondant au 13 mai 1995 relatif à la création des bulletins officiels des institutions et administration publiques ;
- Vu le décret exécutif n°..... du correspondant au portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps relevant du.....(préciser le secteur) ;
- Vu le décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 fixant les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques ;
- Vu l'arrêté ministériel dufixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels du (préciser le secteur).
- Vu l'arrêté ministériel dufixant la liste des établissements publics de formation spécialisée habilités à organiser les concours sur épreuves, examens et tests professionnels pour l'accès aux corps appartenant au (préciser le secteur) ;

-
- Vu l'arrêté (la décision) n°.....du.....fixant la répartition des postes budgétaires ou le plan de gestion des ressources humaines au titre de l'exercice budgétaire(citer l'année)

ARRETE OU DECIDE

Article 1^{er} : le présent arrêté (ou décision) a pour objet de fixer les modalités d'ouverture du concours sur épreuves pour l'accès au corpsgrade de

Article 2 : le nombre de postes à pourvoir est fixé à postes budgétaires conformément à l'arrêté (ou la décision) n°.....du..... ressources humaines de l'année

Article 3 : l'examen professionnel pour l'accès au grade de est ouvert aux(indiquer le grade d'appartenance)..... (préciser les conditions statutaires exigées pour la participation à l'examen professionnel).

Article 4 : - le délai des inscriptions à l'examen professionnel est fixé à la date de l'affichage sur les lieux de travail.

Article 5 : l'examen professionnel précité comporte les épreuves suivantes :

- Préciser la nature des épreuves, leur durée, leur coefficient et la note éliminatoire pour chacune d'elles, tel que fixé par l'arrêté ministériel dufixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels.

Article 6 : Les candidats non retenus pour participer au concours sur épreuves peuvent introduire un recours devant l'autorité ayant pouvoir de nomination qui doit statuer sur ledit recours et répondre aux intéressés au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date de déroulement de ce concours.

Article 7 : Le présent arrêté (ou décision) prend effet à compter de la date de sa signature et sera publié au (citer le moyen de publication : bulletin officiel, registre des actes administratifs).

Fait à

Signature (préciser l'autorité habilitée)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**Indiquer l'institution ou
l'administration publique concernée.**

Annexe 1-4

**MODELE D'ARRETE OU DECISION N° DU PORTANT OUVERTURE
D'UN T PROFESSIONNEL POUR L'ACCES
AU CORPS.....GRADE DE**

Préciser l'autorité ayant pouvoir de nomination ;

- Vu le décret n° 66-145 du 02 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires ;
- Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;
- Vu le décret exécutif n° 95-132 du 13 Dou Elhidja 1415 correspondant au 13 mai 1995 relatif à la création des bulletins officiels des institutions et administration publiques ;
- Vu le décret exécutif n°..... du correspondant au portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps relevant du.....(préciser le secteur) ;
- Vu le décret exécutif n°12-194 du 25 avril 2012 fixant les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques ;
- Vu l'arrêté ministériel dufixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels du (préciser le secteur).
- Vu l'arrêté ministériel dufixant la liste des établissements publics de formation spécialisée habilités à organiser les concours sur épreuves, examens et tests professionnels pour l'accès aux corps appartenant au (préciser le secteur) ;

-
- Vu l'arrêté (la décision) n°.....du.....fixant la répartition des postes budgétaires ou le plan de gestion des ressources humaines au titre de l'exercice budgétaire(citer l'année)

ARRETE OU DECIDE

Article 1^{er} : le présent arrêté (ou décision) a pour objet de fixer les modalités d'ouverture du concours sur épreuves pour l'accès au corpsgrade de

Article 2 : le nombre de postes à pourvoir est fixé à postes budgétaires conformément à l'arrêté (ou la décision) n°.....du..... ressources humaines de l'année

Article 3 : le test professionnel pour l'accès au grade de.....est ouvert aux candidats justifiant du.....(préciser les conditions statutaires pour la participation au test professionnel).

Article 4 : - le délai des inscriptions au test professionnel est fixé à.....jours à compter de la date de parution du premier placard publicitaire à la presse écrite ou de son affichage au niveau des agences d'emploi, selon le cas. (1)

- le délai des inscriptions au test professionnel est fixé àjours à compter de la date de l'affichage du test professionnel sur les lieux de travail. (2)

Article 5 : le test professionnel précité comporte les épreuves suivantes :

- Préciser la nature des épreuves, leur durée, leur coefficient et la note éliminatoire pour chacune d'elles, tel que fixé par l'arrêté ministériel dufixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels visé ci-dessus.

Article 6 : Les candidats non retenus pour participer au concours sur épreuves peuvent introduire un recours devant l'autorité ayant pouvoir de nomination qui doit statuer sur ledit recours et répondre aux intéressés au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date de déroulement de ce concours.

Article 7 : Le présent arrêté (ou décision) prend effet à compter de la date de sa signature et sera publié au (citer le moyen de publication : bulletin officiel, registre des actes administratifs).

Fait à

Signature (préciser l'autorité habilitée)

(1) Pour le recrutement externe.

(2) Pour le recrutement interne.

Annexe 2 : Modèles de l'avis de presse ou de l'affichage des concours, examens et tests professionnels.

Annexe 2.1 : Modèle de l'avis de recrutement externe.

Annexe 2.2 : Modèle de l'affichage pour la promotion interne.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**Dénomination de l'institution ou
l'administration publique concernée.**

Annexe 2-1

MODELE D'AVIS DE RECRUTEMENT

Le (La)..... (Indiquer l'institution ou l'administration publique concernée) lance l'ouverture du concours (ou des concours) de recrutement dans les grades suivants :

Grade	Mode de recrutement	Conditions d'accès	Spécialité	Nombre de postes ouverts	Structure d'affectation (*)	Autres conditions

Les dossiers de candidatures doivent comporter les pièces suivantes :

- Citer les documents précisés dans l'arrêté ministériel fixant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels (citer le secteur concerné) ou dans l'instruction n°du relative à l'application des dispositions du décret exécutif n° 12-194 du 25 avril 2012 fixant les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques, si l'arrêté en question n'est pas encore adopté.

Délais des inscriptions et dépôt des dossiers :

- Préciser la durée des inscriptions, telle que prévue par l'arrêté ou la décision d'ouverture ainsi que le lieu (adresse) de dépôt ou d'envoi des dossiers de candidatures.

Observation : -Tout dossier incomplet ou arrivé hors délais d'inscription ne sera pas pris en considération.

* Dans le cas de la répartition des postes budgétaires sur les services extérieurs relevant des institutions et administrations publiques concernées.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**Dénomination de l'institution ou de
l'administration publique concernée.**

Annexe 2-2**MODELE D'AVIS**

Il est porté a la connaissance des fonctionnaires qu'un examen/ou test professionnel d'accès au grade de.....sera organisé.

Les fonctionnaires remplissant les conditions de participation au test professionnel ou examen professionnel pour l'accès au grade de tel que précisés dans la tableau ci-dessous, sont invités à formuler leur demande de participation dans un délai de.....(Préciser la durée des inscriptions telle que prévue par l'arrêté ou la décision d'ouverture des opérations de promotion concernées).

Grade	Nombre de postes	Conditions de participation au test professionnel ou à l'examen professionnel

Annexe 3 : Modèles des procès verbaux de la commission chargée d'examiner les dossiers de candidature.

Annexe 3.1 : Modèle du procès verbal de la commission chargée d'examiner des dossiers de candidature aux concours sur titres/ sur épreuves ou tests professionnels (recrutement externe).

Annexe 3.2 : Modèle du procès verbal de la commission chargée d'examiner des dossiers de candidature à l'examen professionnel/test professionnel. (Promotion interne).

Table des Matieres

Introduction générale	7
Problématique	9
Objectifs de recherche	10
Méthodologie et plan de travail	11
Chapitre 1 : contexte générale de la contractualisation dans le système de santé	12
Introduction	13
1. Qu'est-ce que la contractualisation	14
2. Définition du système de santé	15
3. Les différentes formes et les fondements théoriques de la contractualisation.....	16
3.1. Le rôle de l'Etat face à la contractualisation.....	16
3.2. La logique des relations contractuelles.....	16
3.2.1 Les relations contractuelles basées sur une délégation de responsabilité.....	17
3.2.2 Les relations contractuelles basées sur un acte d'achat.....	17
3.2.3 Relations contractuelles basées sur une coopération correspondent	17
3.3. Fondements théoriques de la contractualisation	17
3.3.1 La théorie de l'agence	18
3.3.1.1 Le fondement de la théorie de l'agence.....	18
3.3.1.2 Les problèmes auxquels s'intéresse la théorie de l'agence	19
3.3.1.3 Les objectifs de la théorie de l'agence.....	20
3.3.1.4 Les coûts d'agence.....	21
3.3.1.5 L'apport de la théorie de l'agence à l'approche contractuelle.....	22
3.3.2 La théorie des coûts de transaction	23
3.3.2.1 Types de coûts de transaction	24
3.3.2.2 Relation entre type de transaction et structure de gouvernance.....	26
3.3.2.3 La théorie des coûts de transaction et l'approche contractuelle.....	27
Conclusion	28
Chapitre 2 : la contractualisation des relations entre établissement de santé, organismes de sécurité sociales des directions de l'action sociale	29
Introduction	30
1. Evaluation de la distribution de soin en Algérie.....	31
1.1 Les réformes entreprises en vue de l'amélioration de la performance du système de santé en Algérie.....	34
1.2 L'arrangement contractuel : un outil pour l'amélioration de la performance du système de santé.....	37

2. La contractualisation en Algérie	39
2.1 La mise en œuvre de la contractualisation.....	42
2.2 La contractualisation externe.....	42
2.3 La contractualisation interne	44
3. Les facteurs imposants la réforme du mode de financement des hôpitaux en Algérie.....	45
3.1 Des modes de financement des hôpitaux peu incitatifs et inflationnistes.....	45
3.2 Evolution du montant du forfait hospitalier.....	47
3.3 Apparition de nouvelles modalités de financement susceptibles d'améliorer la maîtrise des coûts hospitaliers.....	48
Conclusion	49
Chapitre 3 : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas chu Tizi-Ouzou.....	51
Introduction	52
1. Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou.....	52
1.1 Historique du chu de Tizi-Ouzou.....	53
1.2 Présentation du chu Tizi-Ouzou.....	53
1.2.1 Unité nadir Mohamed.....	54
1.2.2 Unité BELLOUA.....	54
1.3 Le volet financier du chu	54
1.3.1 Les recettes comprennent.....	55
1.3.2 Les dépenses comprennent.....	55
1.3.3 Organisation et fonctionnement du chu de T.O.....	55
1.3.4 Organisation et gestion administrative du chu de T.O.....	55
1.3.5 Direction du chu T.O	57
1.3.6 Le conseil d'administrative.....	57
1.3.7 Le conseil scientifique.....	58
1.3.8 Direction de l'organisation administrative.....	58
1.3.9 Organisation du personnel du chu de Tizi-Ouzou.....	60
1.3.10 Sous direction des activités de santé.....	64
2. Mise en œuvre de la contractualisation au sien chu de Tizi-Ouzou.....	66
2.1 Mise en œuvre de la contractualisation au CHU de Tizi-Ouzou.....	66
2.1.1 Définition de la contractualisation.....	66
2.1.2 Son objectif.....	67

2.2 Dispositions générale	68
2.2.1 Champ d'application	68
2.2.2 Du contrat de travail.....	69
2.2.3 Des conditions et modalités de recrutement.....	70
2.3 La rémunération.....	70
2.3.1 La contagion.....	70
2.3.1.1 La contagion selon leur service.....	70
2.3.1.2 Le risque de la contagion.....	72
2.3.2 Indemnité d'expérience professionnelle (IEP) d'un taux 1,40chaque année.....	73
2.4 Congés. Absences.....	75
2.4.1 Les congés	75
2.4.2 Les absences.....	75
2.5 Décision du 03 septembre 2008 fixant la liste des titres et diplômes requis pour l'accès à certains grades des corps communs aux institutions et administrations publiques.....	76
3. Les modalités d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques.....	77
3.1 Consécration du concours sur titres comme voie de recrutement complémentaire au concours sur épreuves et au test professionnel.....	78
3.2 Postes budgétaires réservés aux concours, examens et tests professionnels.....	78
3.3 Cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels.....	79
3.4 Modalités d'ouverture des concours, examens et test professionnels.....	80
3.5 Notification des arrêtés ou décisions d'ouverture des concours, examens et tests professionnels.....	81
3.6 Publicité des concours, examens et tests professionnels.....	81
3.7 Ouverture des inscriptions aux concours, examens et tests professionnels.....	82
3.8 Constitution du dossier de candidature aux concours, examens et tests professionnels.....	83
3.9 Examen des dossiers de candidatures aux concours, examens et tests professionnels.....	84
3.10 Déroulement des concours, examens et tests professionnels.....	84

3.10.1 Déroulement des concours sur titres.....	84
3.10.2 Déroulement des concours sur épreuves, examens et tests professionnels.....	85
3.11 Délais de finalisation des concours, examens et tests professionnels.....	86
3.12 Mission et responsabilité du chef d'établissement, centre d'examen.....	86
3.13 Proclamation des résultats des concours, examens et tests professionnels.....	87
3.13.1 Proclamation des résultats des épreuves d'admissibilité.....	87
3.13.2 Proclamation des résultats définitifs des concours sur épreuves, examens et tests professionnels.....	87
3.13.3 Proclamation des résultats définitifs des concours sur titres.....	88
3.13.4 Etablissement et validité des listes d'attente.....	88
3.13.5 Publicité et notification des listes d'admissibilité et d'admission définitive ainsi que des listes d'attente.....	88
3.13.6 Convocation des candidats admis aux concours, examens et tests professionnels.....	89
3.14 Contrôle des procédures d'organisation, de déroulement et de proclamation des résultats des concours, examens et tests professionnels.....	89
Conclusion	90
Conclusion générale	91
Liste des tableaux et schémas	94
Références bibliographiques.....	96
Annexes	100
Table des matières.....	116