

LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES.

CHEURFA Taous (Doctorante)
Pr KAÏD TLILANE Nouara
Université de Bejaïa

Résumé

L'objet de ce travail est d'analyser les enjeux de la mise en œuvre de la contractualisation dans les hôpitaux en Algérie et les perspectives de son développement. De plus, nous tenterons de répondre à ces deux questions : Quel est le rôle de la contractualisation externe dans la performance des hôpitaux ? La contractualisation peut-elle aidée à une meilleure maîtrise des dépenses de santé ?

Mots clés : hôpital public, contractualisation, performance, dépenses de santé, Algérie.

الملخص

يهدف هذا العمل إلى تحليل رهانات تطبيق النظام التعاقدي في المستشفيات الجزائرية وأفاق تطويرها ، ونهدف كذلك للإجابة على سؤالين رئيسيين يتمثل السؤال الأول في : ماهو دور النظام التعاقدي الخارجي في تحسين أداء المستشفيات؟ ويتمثل السؤال الثاني في : هل يساعد النظام التعاقدي في تحسين التحكم في نفقات الصحة؟

الكلمات المفتاحية

المستشفيات العمومية ، التعاقدية، الأداء، نفقات الصحة، الجزائر

Introduction

L'hôpital public est une administration qui offre des services de soins à la population. Il est basé sur le principe de l'intérêt général. Les hôpitaux ont longtemps été des institutions vivant en circuit fermé. Aujourd'hui, la technicité et la complexité des établissements hospitaliers s'est considérablement accrue, les besoins évoluent et l'hôpital doit s'adapter et se moderniser. Cette nécessité d'adaptation et de modernisation se traduit dans les réformes successives qui touchent les pays développées qu'en développement. La contractualisation est apparue comme un des outils au service de ces réformes. En effet, elle permet à l'hôpital de donner un cadre formel aux relations qu'il développe avec ses interlocuteurs.

En effet, les établissements hospitaliers cherchent à développer des liens avec leurs fournisseurs et prestataires de services intermédiaires. Ils souhaitent également mieux négocier avec leurs clients ou leurs représentants que sont l'État ou les systèmes de protection sociale. Ils souhaitent également développer des relations avec les autres prestataires de services de santé: autres hôpitaux mais également prestataires de services sociaux dans une approche globale de la santé.

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

En Algérie, la contractualisation est l'un des outils fondamentaux de la réforme hospitalière. Elle est ainsi un véritable outil de gestion pour les établissements hospitaliers. En effet, le contrat est un support technique permettant un redéploiement important des activités et des services.

De ce fait, l'objet de ce travail est d'analyser la contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie. A cet effet, notre travail est envisagé en deux axes :

- Cadre conceptuel de la contractualisation.
- La contractualisation dans les hôpitaux publics en Algérie.

I. LE CADRE CONCEPTUEL DE LA CONTRACUALISATION DANS LES HOPITAUX

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

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 »².

2. La contractualisation dans les hôpitaux

Nous distinguons deux types de contractualisation dans les hôpitaux : contractualisation interne et contractualisation externe.

2.1. La contractualisation externe

La contractualisation externe concerne toutes les relations contractuelles qu'un hôpital développe avec des acteurs externes à l'hôpital. Elle peut être présentée selon deux axes : Un axe vertical et un axe horizontal.

¹ Mahoui Y. : « Etude juridico- économique de la contractualisation dans le système de soins ».Thèse doctorat en système de soins hospitalier. Université Paris VII Denis Diderot, 2003, p 179.

²OMS : Vade-mecum de la contractualisation dans le secteur de la sante, préparé par Perrot J., GENEVE DISCUSSION PAPER, NUMERO 1 – 2007. P4.

2.1.1. La contractualisation externe verticale

La contractualisation externe verticale place l'hôpital soit en position de *principal* (en aval) soit en position d'*agent* (en amont).

❖ La contractualisation verticale en aval

Afin de réaliser la production de ses services, l'hôpital doit combiner un certain nombre d'inputs³:

- **Inputs matériels :** par des contrats d'approvisionnement, l'hôpital il s'assure de disposer de matériels médicaux et chirurgicaux, consommables divers (eau, électricité, téléphone, produits d'entretien).
- **Les services intermédiaires :** des relations contractuelles peuvent être s'établir entre l'hôpital et les prestataires spécifiques. Elles peuvent concerner différents aspects à savoir :
 - **Prestations non médicales:** l'hôpital peut ainsi passer contrat avec un ou des prestataires extérieurs pour l'entretien des locaux, pour la maintenance du matériel (médical ou non médical), pour la restauration des malades. Ces contrats de services sont maintenant nombreux.
 - **Prestations de services médicaux:** Il s'agit de la sous-traitance de certains médicaux (examens de laboratoires ou la radiologie) plutôt que l'hôpital les assure avec ses propres moyens. De plus, l'hôpital peut également recourir, par contrats, certains praticiens⁴.
 - **Gestion de l'hôpital:** l'instar des petites entreprises, l'hôpital peut déléguer la gestion à un prestataire extérieur.

³ 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, P 246.

⁴ L'hôpital qui ne dispose pas de certains spécialistes peut contracter avec des établissements où exercent des spécialistes qui lui font défaut;

❖ La contractualisation verticale en amont

L'hôpital se situe comme un agent qui est en relation avec divers principaux: la tutelle (Ministère de la Santé, collectivités locales), les institutions de financement (assurances maladie), les usagers (associations de consommateurs ou de malades)⁵.

Chacune de ces institutions vont négocier leurs relations avec cet agent qu'est l'hôpital. Ce dernier exécute pour elles une prestation de services de santé qu'il convient de définir⁶.

2.1.2. La contractualisation externe horizontale

En plus des contrats dans le domaine de la formation et de recherche, l'hôpital peut signer d'autres contrats avec d'autres organismes de santé que ce soit au niveau national ou international.

2.2. La contractualisation interne

La contractualisation interne est le fait qu'au sein même d'un hôpital des contrats d'objectifs et de moyens soient établis entre les services et la direction⁷.

La contractualisation interne conduit les différentes composantes d'une même entité à dialoguer et à préciser les modalités de leurs relations. De plus, elle responsabilise les différentes composantes qui ne peuvent plus s'abriter derrière une décision hiérarchique unilatérale.

II. LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE

Les différentes lois de finances depuis 1992, disposent que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des

⁵ Perrot J, De Roodenbeke E. : Op.cit., p254

⁶ Idem.

⁷ Rivaldi Lydie, Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ?, Recherche en soins infirmiers, 2006/2 N° 85, p. 77-85.

établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base des rapports contractuels ». Elles précisent par ailleurs, que les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat⁸.

1. La logique de la contractualisation en Algérie

La contractualisation en Algérie est limitée en achat de services. Ainsi, la contractualisation externe ne concerne que des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale (détenteurs de fonds) et les DAS. L'objet de ces relations contractuelles concerne principalement les modalités de financement des prestations prodiguées aux assurés sociaux.

En effet, les caisses de sécurité sociale achètent de services de soins en nom de ses assurés. Les hôpitaux publics facturent aux organismes de sécurité sociale et au ministère de la solidarité les prestations servies aux assurés sociaux et aux personnes démunies. Le paiement de ces prestations s'effectue avec un forfait hospitalier.

En effet, depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances. Cette disposition budgétaire appelée « forfait hôpitaux » est une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit.

⁸ Article 128 du journal officiel de la république algérienne n° 04.

Tableau 01 : Evolution du forfait hôpitaux en Algérie en milliers de Dinars.

Année	Montant	Année	Montant
1974	199	1992	9500
1975	225	1993	9983
1976	245	1994	10050
1977	300	1995	13551
1978	475	1996	16576
1979	714	1997	17972
1980	1126	1998	19652
1981	1410	1999	19872
1982	1800	2000	20540
1983	2102	2001	21500
1984	2055	2002	24000
1985	4000	2003	25000
1986	5000	2004	27000
1987	6500	2005	35000
1988	7545	2006	35000
1989	9200	2007	38000
1990	8600	2008	38000
1991	9500	2009	38000

Source : le séminaire sur le financement de la sécurité social, Alger, le 31 Aout 2008.

Le montant du forfait hospitalier est en progression continue d'environ 6 % en moyenne par an. En effet, le montant du forfait hospitalier a été augmenté de 19% en 1984, de 50% en 1994, de 135% en 2004 et enfin de près 175% en 2008. Néanmoins, nous constatons une stabilisation du montant du forfait ces dernières années. Donc, les caisses d'assurances ont pris en considération cette évolution du forfait hospitalier d'où la problématique du financement des structures de soins publiques.

❖ Pour la sécurité sociale

Les forfaits hospitaliers constituent une charge qui peut provoquer un déséquilibre financier pour les organismes de la sécurité sociale. Cette situation est dû à l'augmentation continue de ces forfaits d'une part et à l'absence d'autres sources de financement d'autre part. Cette préoccupation

est accompagnée par la non-satisfaction des caisses d'assurance du niveau de la prestation fournie aux assurés⁹.

❖ Pour les hôpitaux

Le montant des forfaits hospitaliers est souvent considéré insuffisant. Cela est dû au nombre important des patients assurés qui sont pris en charge. Ce problème découle principalement de la non identification de la catégorie des patients (assurés social, démunis, autres). Actuellement, tous les patients sont considérés comme « assuré social ». De ce fait, l'augmentation soutenue des dépenses des hôpitaux devient une charge à supporter par les hôpitaux¹⁰.

A cet effet, la contractualisation s'impose comme un outil pour faire face à cette problématique, qui se base principalement sur les modalités de financement des hôpitaux par la sécurité sociale.

2. Le processus de la contractualisation en Algérie

Contractualisation des rapports entre régulateur, payeurs, et prestataires est à l'ordre du jour dans de nombreux pays engagés dans la réforme de leurs systèmes de santé comme en Algérie. Cinq phases sont identifiées depuis 1993. Une phase d'appropriation et de prise de conscience entre 1993 et 1997; une phase de structuration de la réflexion et d'expérimentation de 1997; une phase de mise en œuvre des premières recommandations et une phase de coordination interministérielle dès 2002. Depuis 2007, une cinquième étape est engagée avec l'installation des commissions de la nomenclature et de la tarification des actes médicaux.

⁹ Ahmed Zaid-Chertouk M, Amiri Dalila : « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des hôpitaux : application au secteur sanitaire de LARBAA NAIT IRATHEN, communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010. In : Foudi B.: « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux », mémoire de magister en science économique, Université A/Mira de Béjaïa, 2011.P134.

¹⁰ Foudi B.: « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux », mémoire de magister en science économique, Université A/Mira de Béjaïa, 2011. P 134.

2.1. La Une phase d'appropriation et de prise de conscience entre 1993 et 1997

Une phase d'appropriation et de prise de conscience de l'approche contractuelle entre les financeurs et les prestataires de soins de santé.

Ainsi, suite aux conclusions du conseil interministériel du 21 mars 1995 un comité interministériel chargé de la contractualisation a été installé le 10 Avril 1995. Ce comité était composé de représentants suivants :

- Du ministère de la santé et de la population.
- Du ministère du travail et de la protection sociale.
- Du ministère des finances.
- De la caisse nationale de sécurité sociale des nos salariés (CASNOS).
- De la caisse nationale des assurances sociales (CNAS).
- De gestionnaires d'établissements publics de santé.

2.1. Phase de structuration de la réflexion et d'expérimentation de 1997

Cette phase est celle de structuration de la réflexion et du début de l'expérimentation. A cet effet, un ensemble de mesures ont été envisagées dont la mise en place une cellule CNAS pour contrôler la qualité d'assuré social ou d'ayant-droit et de vérifier à partir des dossiers médicaux la conformité des prestations reportées dans la facturation des frais d'hospitalisation. De plus, il est demandé d'impliquer les organes consultatifs et les professionnels, de renforcer les capacités des personnels des bureaux des entrées au niveau des établissements de santé¹¹.

2.3. Phase de mise en œuvre des premières recommandations

C'est la phase de mise en œuvre des premières recommandations. Les travaux du comité ont porté essentiellement sur l'élaboration et la mise en place de support d'information et d'évaluation, de réhabilitation du « bureau

¹¹ Chougrani Saada et Kaddar Miloud, Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, Journal de gestion et d'économie médicale, 2010/5 Volume 28, p. 179-193.

des entrées » au niveau des établissements publics de santé et de la définition des procédures d'admission et de délivrance de la prise en charge des patients.

Des actions de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé ont été organisées en directions de six établissements pilotes pour la phase « test ». En effet, le 09 septembre 1997, il y a eu l'officialisation de la mise en œuvre d'un processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico-administratif du patient au niveau de six structures publiques de santé¹²:

- CHU : Mustapha et Tizi Ouzou
- EHS : Ait Idir, El Kettar et CPMC
- Secteur sanitaire de Médéa

Le développement du processus sur le terrain, s'est heurté à quatre difficultés majeures:

- La suppression, et dans certains cas, l'abandon des fonctions essentielles du « bureau des entrées » et des organismes de sécurité sociale, supports abandonnées avec l'instauration de la médecine gratuite dès 1974.
- Le manque de coopération et motivation des personnels chargés de renseigner les supports d'information et documents mis à leur disposition notamment, au niveau des établissements de santé.
- La non actualisation de la « Nomenclature Générale des Actes Professionnels et la Tarification » qui n'a pas été révisée depuis 1987.
- La non identification des démunis non assurés sociaux.

Malgré toutes ces difficultés, les principales recommandations du comité interministériel ont été suivies d'effet, à savoir :

- Réhabilitation du « bureau des entrées » au niveau de l'ensemble des établissements publics de santé;

¹² Chaouche A.: Symposium sur le mouvement mutualiste en Algérie, Alger, 15 -16 octobre 2009.

- La mise en place et la généralisation des supports d'information standardisés (demande d'hospitalisation, bulletin d'admission, fiche navette...);
- L'informatisation progressive des fonctions et procédures du « bureau des entrées ».

Les premiers résultats de cette expérimentation ont conduit à la réalisation d'une étude sur le budget de l'Etat, confiée au CENEAP début 1998, qui remet son rapport final en juin 1999. Les conclusions de cette étude ont principalement confirmé les décisions et appuis les recommandations du comité interministériel¹³.

En 2000, une étude réalisée par le bureau d'étude SOFNAL. Au terme de cette étude, ce bureau a proposé le maintien du « forfait hôpitaux » comme mode de financement des établissements publics de santé, mais il a insisté sur l'introduction de paramètre plus précis quant à l'allocation des ressources. Cette allocation des ressources sera traduite par la répartition de l'enveloppe financière arrêtée par région et par wilaya¹⁴.

2.4. Phase de coordination interministérielle dès 2002

En 2002, le comité interministériel a envisagé de développer de nouvelles modalités de financement dont le but ultime est de préserver l'équité et l'accès aux soins pour toute la population. Ces modes de financement sont le prix moyen de la journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie.

❖ Prix moyen de la journée d'hospitalisation

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement et par groupe de spécialités homogènes. (Cf. tableau 02).

¹³ Chaouche A.: OP.cit.

¹⁴ Foudi B. : « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : ... »,op.cit. P 136.

Tableau 02 : les prix moyens de la journée d'hospitalisation (PMJH) en (DA).

G.S.H	CHU	EHS	Secteur sanitaire
Médicale	6000	5000	4000
Chirurgicale	8000	7000	6000
Maternité	7000	7000	7000
Psychiatrique	2000	2500	2000
couteuses	15000	15000	11000

Source : Ministère de la Santé; « mise en œuvre de la contractualisation », 2003.

Par ailleurs, la nécessité d'évaluation périodique de ce mode de paiement devra permettre de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé la durée moyenne de séjour. Ce paramètre permettra aussi d'apprécier la performance des établissements de santé et d'établir des comparaisons entre les différentes structures en vue d'une émulation vers l'efficacité et l'efficacéité.

❖ Le forfait par pathologie

Il s'agit d'une démarche dont la réalisation exigera plus de temps. Elle nécessite en effet le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie. Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques professionnels objectifs. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtées par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

Le rapport 31 décembre 2002 propose l'engagement d'une première phase de mise en œuvre par une simulation de la facturation basée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement et par groupe de spécialités homogènes. dix établissements de santé sont retenus :

-CHU : Constantine, Mustapha, Blida

-EHS : El Bouni, Erriadh

-Secteurs Sanitaires : Médéa, Arzew, Ain Turk et Ouargla.

Par ailleurs, le groupe de travail a exigé de faire appel aux représentants du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale pour déterminer avec rigueur et précision la partie des patients démunis pour qu'ils puissent bénéficier des subventions et l'aide de l'Etat, et écarter de cette partie ceux qui ne sont ni assurés ni démunis à travers l'application rigoureuse de l'identification du statut du patient.

Ainsi, le programme d'action 2004 porte sur :

- La généralisation de l'opération à l'ensemble des établissements publics de santé, en ce qui concerne, notamment, les supports de gestion standardisés et validés.
- La définition et mise en œuvre d'un programme de formation en direction de l'ensemble des personnels impliqués dans ce processus.
- La généralisation de l'utilisation de l'outil informatique dans les différentes étapes du processus.
- L'intégration au comité interministériel d'un représentant du Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales, en vue d'accélérer et faciliter l'identification des démunis, mission en grande partie à la charge des APC.

Par ailleurs, il y a la publication du Décret exécutif n°04/101 du 01 avril 2004. Il porte sur les modalités de contribution financière des organismes de sécurité sociale au financement des établissements publics de santé¹⁵. Les Dispositions principales de ce décret sont :

- Les organismes de sécurité sociale procéderont au versement de leur contribution financière annuelle aux budgets des établissements publics de santé par tranche trimestrielle, sur la base des informations communiquées par ces derniers. Ces informations portent sur l'identification des assurés sociaux ou de leur ayants droits hospitalisés, le service, la durée du séjour, la nature et le montant des prestations fournies.

¹⁵ Décret exécutif N°04-101 du 01 avril 2004.

- L'intervention du contrôle médical par les organismes de sécurité sociale.
- L'obligation pour les organismes de sécurité sociale de mettre en place des "services hôpitaux cliniques"¹⁶ destinés à faciliter la reconnaissance de l'ouverture du droit à la prise en charge.
- L'organisation de campagnes d'information et de sensibilisation en direction de la population sur le contenu et les objectifs de la démarche par les secteurs concernés.

2.5. Phase de l'installation des commissions de la nomenclature et de la tarification des actes médicaux

Depuis 2007, une cinquième étape est engagée avec l'installation des commissions de la nomenclature et de la tarification des actes médicaux. Ainsi, la nouvelle nomenclature comporte près de 8000 actes soit plus de 400 % d'augmentation du nombre d'actes médicaux, chirurgicaux et d'imagerie.

De plus, en 2007, le ministère chargé de la sécurité sociale a conçu et mis en circulation la carte « CHIFFA ». Cette dernière est une carte à puce permettant d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droits au moment de bénéficier des prestations de la sécurité sociale. Ainsi, les bénéficiaires du système tiers payant peuvent ainsi présenter la carte chez le médecin, le dentiste, les pharmacies, les hôpitaux et les différents établissements de soins pour bénéficier des soins ainsi que des médicaments sans paiement.

Par contre, les autres catégories d'assurés peuvent depuis le premier aout 2011, prétendre aux avantages de la carte CHIFFA et ne payeront que 20% du montant de la prestation ou de l'ordonnance.

La carte CHIFFA est une nouvelle forme de relation des relations entre la sécurité sociale, les assurés et les prestataires de soins.

¹⁶ Le service hôpitaux cliniques procède, le cas échéant, en liaison avec le centre d'affiliation de l'assuré, à l'identification des malades qui n'ont pu être identifiés au niveau du bureau des entrées et consulte quotidiennement les logiciels SIGAS et SIGCM. Comme, il procède à la validation des titres de perception concernant les assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux relevant des autres wilayas.

Une autre initiative en préparation par le ministère chargé de la sécurité sociale est le conventionnement entre les caisses de sécurité sociale et les médecins traitants, prémisse d'une nouvelle forme de relation entre le prestataire-le payeur et l'assuré, ou ayant-droit, bénéficiaire des soins¹⁷.

3. Les objectifs de la contractualisation en Algérie

La contractualisation est un axe fondamental de la politique du pays et de la réforme hospitalière. Les objectifs visés par la contractualisation sont les suivants :

- Connaître 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 aux assurés sociaux.
- Une meilleure maîtrise 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.

¹⁷ Chougrani Saada et Kaddar Miloud, Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, Journal de gestion et d'économie médicale, 2010/5 Volume 28, p. 179-193.

Conclusion

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 est un nouveau mode de régulation pour freiner la croissance rapide de ses dépenses de soins. Elle est ainsi conçue pour revoir les modalités de financement des structures publiques de soins (Hôpitaux publics) par les bailleurs de fonds (sécurité sociale). Il s'agissait effectivement d'une révision d'une partie du financement du système de santé, à savoir l'achat des services de soins par les organismes de sécurité sociale.

Le mécanisme de la contractualisation est encore inopérant. Les obstacles qui bloquent cette réforme résident dans les modalités et les instruments de la mise en œuvre. En effet, il y a la lenteur dans l'application des différentes étapes de la mise en place notamment l'identification du statut des patients et la révision de la nomenclature des actes professionnels. De plus, il y a une absence de volonté réelle des acteurs d'accomplir cette transition de manière transparente et concertée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brahamia B. : « La contractualisation, moyen de la rationalisation des dépenses de santé », cours présenté à l'université de Béjaïa. En faveur des étudiants en première année PG en économie de la santé, 2008.
- Chaouche A.: Symposium sur le mouvement mutualiste en Algérie, Alger, 15 -16 octobre 2009.
- Chougrani Saada et Kaddar Miloud, Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, Journal de gestion et d'économie médicale, 2010/5 Volume 28, p. 179-193.
- Décret exécutif N°04-101 du 01 avril 2004.

- Foudi B.: « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux », mémoire de magister en science économique, Université A/Mira de Béjaïa, 2011.
- Journal de gestion et d'économie médicale, 2010/5 Volume 28, p. 179-193.
- Kaid Tlilane N : « L'environnement conceptuel et les formes de la contractualisation », communication présentée à la 11ème journée nationale de la gestion Hospitalière de SFAX, Tunisie sous le thème : « la contractualisation interne et externe dans le secteur de la santé », mai 2008.
- Lamri L. : « Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique », Office des Publications Universitaires, Alger, 2004.
- Mahoui Y. : « Etude juridico- économique de la contractualisation dans le système de soins ».Thèse doctorat en système de soins hospitalier. Université Paris VII Denis Direpot, 2003, p 179.
- Ministère de la Sante, de la population et de la réforme Hospitalières : « Mise en oeuvre de la contractualisation : des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas », Alger, 2003.
- OMS : « La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE » discussion paper No 4, 2006.
- OMS : « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration des systèmes de santé » discussion paper numéro 1, 2004.
- OMS : « Une politique nationale de contractualisation : Guide pour son élaboration et son suivi » discussion paper No 2, 2007.
- OMS : Vade-mecum de la contractualisation dans le secteur de la sante, préparé par Perrot J.,GENEVEDISCUSSION PAPER, NUMERO 1 – 2007. P4.
- 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,
- République algérienne démocratique et populaire. Décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité. Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, n°33 du 20/05/2007.
- Rivaldi Lydie, Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ?, Recherche en soins infirmiers, 2006/2 N° 85, p. 77-85.