

La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins : une réforme à l'épreuve du temps

Contracting relationships between donors and care providers: a future-proof reform

Date de réception : 01/08/2022 ; Date d'acceptation : 20/09/2022

Résumé

Le système de santé nécessite, pour sa reproduction, des moyens de financement colossaux. Or la sécurité sociale étant cantonnée au financement des structures de santé sans qu'aucun droit de regard sur les activités de ces dernières ne lui soit accordé. Notre questionnement principal est le suivant : la sécurité sociale peut-elle continuer, indéfiniment, comme par le passé, à financer des structures de soins ou plutôt des activités que ces dernières vont devoir développer ? Nos hypothèses sont : la contractualisation de par ces différents niveaux (interne/externe) va conforter la sécurité sociale dans son financement des activités des établissements de santé. Les résultats obtenus ont conclu que la contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements de santé doit être accompagnée par un projet d'établissement soutenu par des moyens matériels, financiers et humains adéquats.

Mots clés : sécurité sociale, contractualisation, établissements de santé, projet d'établissement, financement des établissements de santé.

Madjid SALMI

Université Mouloud
Mammeri Tizi-Ouzou,
Algérie.

Abstract

The health system requires colossal financial resources for its reproduction. However, social security is confined to financing health structures without being granted any right of supervision over the activities of the latter. Our main question is the following: can social security continue indefinitely, as in the past, to finance health care structures or rather the activities that the latter will have to develop? Our hypotheses are: contractualisation at these different levels (internal/external) will strengthen social security in its financing of health care institutions' activities. The results obtained concluded that the contractualisation of relations between funding bodies and health care institutions must be accompanied by an institutional project supported by adequate material, financial and human resources.

Keywords: social security, contracting, health establishments, establishment project, financing of health establishments.

ملخص

يتطلب النظام الصحي موارد مالية هائلة لتجده. ومع ذلك ، يقتصر الضمان الاجتماعي على تمويل الهياكل الصحية دون منح أي حق في الإشراف على أنشطة هذه الأخيرة. سؤالنا الرئيسي هو ما يلي: هل يمكن أن يستمر الضمان الاجتماعي إلى أجل غير مسمى ، كما في الماضي ، لتمويل هياكل الرعاية الصحية أو بالأحرى الأنشطة التي سيتعين على الأخيرة تطويرها؟ فرضياتنا هي: التعاقد على هذه المستويات المختلفة (الداخلية / الخارجية) سيعزز الضمان الاجتماعي في تمويله لأنشطة مؤسسات الرعاية الصحية. وخلصت النتائج التي تم الحصول عليها إلى أن إبرام العلاقات التعاقدية بين هيئات التمويل ومؤسسات الرعاية الصحية يجب أن يرافقه مشروع مؤسسي مدعوم بموارد مادية ومالية وبشرية كافية.

الكلمات المفتاحية: الضمان الاجتماعي، التعاقدية، المنشآت الصحية، مشروع التأسيس، تمويل المنشآت الصحية.

* Corresponding author, e-mail: salmimadjid@yahoo.fr

I- Introduction

La santé reste le domaine où l'Etat est omniprésent puisque c'est le secteur qui demande une intervention assez conséquente de la part de la puissance publique étant donné son intérêt au double plan économique et social et surtout en raison de son caractère de service public. Longtemps cantonné dans son rôle d'un « Etat providence » appelé à réaliser une politique sociale et économique des plus ambitieuses, l'Etat algérien dans sa quête de progrès social fait appel au système de la sécurité sociale.

En effet, la sécurité sociale est utilisée comme un des instruments de la réalisation de la politique économique et sociale de l'Etat (Kaddar, 1989). Le rôle de la sécurité sociale ne cesse de se développer puisqu'elle est impliquée dans le financement des transferts sociaux. Cette tendance a commencé à se développer à partir des années quatre-vingt lorsque la sécurité sociale s'est trouvée impliquée dans la prise en charge de certaines dépenses sociales publiques. L'implication de la sécurité sociale dans ces transferts sociaux est telle qu'une très faible autonomie lui a été consentie quant à la valorisation de ses ressources financières et de son patrimoine. En 1978, il est fait même obligation à la sécurité sociale de déposer tous ses avoirs au niveau du trésor public. L'embellie financière qui a caractérisé le système de la sécurité sociale jusqu'à la fin du premier plan quinquennal a suscité maintes interrogations quant aux excédents dégagés.

I.1 Problématique de recherche

Le système de santé nécessite, pour sa reproduction, des moyens de financement colossaux. Or la sécurité sociale est cantonnée au financement des structures de santé sans qu'aucun droit de regard, sur les activités que ces dernières réalisent, ne lui soit accordé. Ceci étant, la question principale que nous nous posons et sur laquelle repose tout notre écrit est la suivante : la sécurité sociale peut-elle indéfiniment continuer, comme par le passé, à financer des structures de soins ou plutôt des activités que ces dernières vont devoir développer ?

Pour répondre à notre questionnement, nous nous attèlerons à la présentation d'un bref historique sur la sécurité sociale en Algérie tout en faisant ressortir les contraintes inhérentes à l'exercice de ses missions, puis nous enchaînerons sur les dysfonctionnements qui caractérisent le système de santé en Algérie et sur le train des réformes engagées enfin nous repenserons les relations entre les bailleurs de fonds que sont respectivement l'Etat et la sécurité sociale et le système de soins dans la perspective de la mise en œuvre de la contractualisation.

I.2 Hypothèses de recherche

Cet article s'articule autour des hypothèses suivantes :

- ✓ Les missions assignées à la sécurité sociales se fondent dans des contraintes et cette dernière ne peut prétendre remplir ces missions sans droit de regard sur les résultats atteints par ses financements.
- ✓ Les établissements de santé doivent se fixer des objectifs qui seront la base de la contractualisation avec les bailleurs de fonds.
- ✓ La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements de santé doit être soutenue par le projet d'établissement, seul garant d'une contractualisation efficace.

I.3 Méthodologie de recherche

Dans cet article, notre méthodologie de recherche s'inscrit dans une démarche compréhensive et pluraliste puisqu'il s'agit de chercher à comprendre l'ensemble des faits et enjeux se rapportant à l'évolution de la sécurité sociale dans l'exercice de ses missions et des contraintes pesant sur ses financements. Il est aussi question de rendre compte de la contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds que sont l'Etat, la sécurité sociale et les établissements de santé à travers les différentes recompositions institutionnelles.

II- L'évolution de la sécurité sociale en Algérie: entre missions et contraintes

Il n'est point à ce niveau de retracer l'évolution de la sécurité sociale en Algérie, notre regard se portera essentiellement sur le mode de son financement, sur les fonds constitués et les dispositions qui entourent le placement de ses fonds. Dès lors, il est question de faire le point sur les nombreuses missions qui ont été assignées à la sécurité sociale.

Avant l'indépendance, il existait onze (11) différents régimes de la sécurité sociale en Algérie qui relevaient de soixante et onze (71) différentes caisses. Le financement de la sécurité sociale provenait alors des cotisations obligatoires des travailleurs et des employeurs exclusivement. Par contre, dans le régime des non-salariés les cotisations provenaient essentiellement des bénéficiaires des prestations.

L'organisation comptable se caractérisait par une gestion séparée de chacune des branches maladie, maternité, invalidité, allocations familiales en vue de permettre un suivi régulier de l'équilibre financier atteint par ces différentes branches. Pour le régime agricole et celui des mines, des subventions d'équilibre sont octroyées par l'Etat. Pour les régimes spéciaux, ces subventions sont plutôt à la charge des employeurs. Par ailleurs, un fond de réserve est créé pour chacune des branches pour effectuer leurs placements (Hannouz & Khadir, 1996).

La période allant de 1962 à 1970 n'apporte aucun changement en ce qui concerne le mode de financement et les caisses de sécurité sociale continuent à disposer librement du placement de leurs fonds. Par contre, la période allant de 1970 à 1983, a connu un relèvement du plafond du salaire soumis à cotisation. La sécurité sociale a donc connu une aisance financière des plus remarquables suite au développement de la salarisation qui se trouve directement liée au processus d'industrialisation alors enclenché. A partir de 1979, il est fait obligation aux organismes de sécurité sociale de déposer, conformément aux dispositions de la loi de finances de 1978, tous leurs fonds au niveau du trésor public.

Les ressources de la sécurité sociale proviennent des cotisations¹ obligatoires supportées simultanément par l'employeur et l'employé selon des quotes-parts assises sur le salaire brut. Ces dernières sont réparties entre ses différentes branches :

branche des assurances sociales (ou l'assurance-maladie), branche des allocations familiales², branche des accidents de travail et maladies professionnelles, branche chômage³ et enfin branche des retraites. En recevant les différentes ressources selon des pourcentages différenciés, les différentes branches procèdent à des prestations opportunes.

Ces différentes prestations offertes ainsi que le financement de la santé, qui revient à la branche « assurances sociales », ont été rendues possibles par le développement intensif du pays durant les années soixante-dix qui s'est accompagné par la création de milliers d'emplois dans l'industrie, ce qui avait amené beaucoup de ressources à la sécurité sociale alors qu'en même temps les prestations fournies étaient faibles. Par conséquent, la sécurité sociale réalisait des excédents. Le surplus ainsi généré est accaparé par l'Etat, et en 1978, il est fait obligation à la sécurité sociale de placer près de 80% de ses ressources auprès du trésor public à un taux d'intérêt très faible de 3,5% l'an (Kaddar, 1989). Par ailleurs, c'est suite à ses excédents financiers réalisés par la sécurité sociale que l'Etat a décidé de mettre à la disposition d'un plus grand nombre de citoyens les prestations de l'assurance maladie, maternité et

¹La cotisation globale fixée par la loi est de 34,5%.

²C'est l'Etat qui finance les allocations familiales en Algérie.

³La caisse nationale du chômage (CNAC) est créée en 1994 après le plan d'ajustement structurel opéré avec le fonds monétaire international et la banque mondiale, celle-ci gère l'assurance chômage et le dispositif de création de micro-entreprises pour les personnes âgées de 35 à 50ans. Aujourd'hui une allocation chômage est instituée par les pouvoirs publics avec des conditionnalités pour les jeunes chômeurs en Algérie.

invalidité, mais surtout d'introduire le principe de la gratuité de soins dans le secteur de la santé.

Les missions attribuées au système de la sécurité sociale en Algérie sont nombreuses. Il convient de rappeler brièvement quelques-unes de ces missions:

II.1. La sécurité sociale ; les forfaits hôpitaux et le financement du secteur privé

Avant l'instauration de la gratuité des soins en 1973, les assurances sociales en Algérie, participent au financement des établissements de santé moyennant les remboursements des frais de soins et d'hospitalisation de leurs assurés sociaux ou de leurs ayants droits. Ces frais sont calculés sur la base d'une tarification journalière « prix de journée » fixée annuellement par l'autorité de tutelle, néanmoins les recouvrements de ces frais d'hospitalisation s'avèrent difficile du fait que les assurances sociales ont opposé une prescription biennale pour le recouvrement de créances émises contre elles. Par conséquent, les avances consenties par le trésor public et les ressources émanant des départements et communes, pour la prise en charge des malades indigents, vont devenir les sources prépondérantes de financement des structures hospitalières existantes alors. Depuis l'instauration de la gratuité de soins, le financement des secteurs sanitaires, qui, étaient constitués alors en remplacement des structures hospitalières, allaient reposer sur deux principales sources de financement : - une subvention de l'Etat à travers « un budget global » et - une contribution de la part de la sécurité sociale à travers « un forfait hôpitaux ».

Par ailleurs, les lois de 1982 sont venues accorder un nouveau statut social et juridique au secteur privé national en levant tous les obstacles juridiques existants jusque-là inhérents à l'exercice de la médecine libérale et à l'ouverture de cliniques privées en Algérie. Depuis, l'exercice à titre privé de la médecine, a connu une grande expansion puisque les praticiens privés installés offrent une gamme de soins aussi large que variée, ce qui incite d'ailleurs les malades solvables à recourir à leurs prestations. Les honoraires pratiqués par les médecins privés ne sont pas ceux remboursés par la sécurité sociale. En effet, les frais remboursés sont ceux relevant de la tarification de la nomenclature générale des actes professionnels. Cette nomenclature détermine des tarifs communément appelés « tarifs officiels » ou « tarifs de responsabilité » sur la base desquels sont remboursés les malades recourant aux services des praticiens privés. Or, ces derniers pratiquent des honoraires qui dépassent de très loin ces tarifs servant de base aux remboursements. Ceci dit, la sécurité sociale aura moins de frais à rembourser. Il n'en est rien puisque l'extension de la médecine à l'acte finit par alourdir les charges financières de la sécurité sociale.

II.2 la sécurité sociale face aux remboursements des frais pharmaceutiques, les accidents de travail et maladies professionnelles

Les remboursements forment, à l'heure actuelle, la nouvelle source de cette préoccupation car cette rubrique de dépenses est devenue problématique puisqu'elle représente l'une des charges les plus élevées à côté de la dépense « forfait hôpitaux ». La hausse des prix des produits pharmaceutiques agit directement sur les dépenses de la caisse nationale des assurances sociales des salariés (CNAS), appelée au remboursement des frais médicaux supportés par les assurés sociaux. Des remboursements qui sont passés de 940 millions de dinars algériens en 1991 à 5,5 milliards de dinars en 1994 et à 6,4 milliards de dinars en 1995 et la tendance est à l'augmentation continue des dépenses pharmaceutiques. Celles-ci correspondent à une moyenne de 65% des dépenses des assurances sociales au titre des cinq dernières années à savoir : de 2000 à 2004. En chiffres, cette rubrique pèse 36 milliards de dinars algériens en 2004 contre 33 milliards de dinars en 2003 et en 2018 ces remboursements représentent 226 milliards de dinars.

Les dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles, quant à elle, est consacrée par la loi 83/13 du 02.07.1983 qui prévoit la prise en charge contre les risques accidents de travail et maladies professionnelles. Ce texte de loi

protège toute personne contre les risques « accidents de travail » survenus à l'occasion du travail ou d'accidents de trajets et contre les maladies professionnelles répertoriées faisant l'objet d'une liste.

II.3 La sécurité sociale ; les conventions internationales et les transferts pour soins à l'étranger

La sécurité sociale algérienne à travers sa caisse nationale des assurances sociales⁴ des salariés⁵ (CNAS) parvient à signer des conventions avec des cliniques privées nationales et même internationales et ce notamment dans la prise en charge de certaines pathologies à l'exemple des enfants atteints de cardiopathies en Algérie sans qu'il y ait de transfert de ces enfants à l'étranger.

Pour les transferts pour soins à l'étranger, la loi 83/11 du 02 juillet 1983 prévoit la possibilité de la prise en charge des malades à l'étranger. Cette possibilité est conclue sous forme d'un protocole de coopération qui lie l'Algérie avec certains des pays étrangers à l'exemple de la France, de la Belgique et de la Jordanie. Les conditions et les modalités de cette prise en charge sont déterminées à l'occasion de la signature de ces protocoles.

II.4 La sécurité sociale ; l'action sociale et sanitaire et les dépenses de l'assurance sociale

Le segment parapublic de soins s'est constitué dans les mutuelles agricoles, les caisses de sécurité sociale et les entreprises publiques où s'est développé une multitude d'infrastructures médico-sanitaires telles les laboratoires, les centres médicaux et les cliniques. Toutes ces infrastructures appartiennent au secteur parapublic de soins avant qu'elles ne soient annexées au secteur public de soins. Néanmoins, la sécurité sociale recèle encore quelques infrastructures sanitaires et sociales pour lesquelles elle consent d'ailleurs un budget propre destiné à l'action sociale et sanitaire.

En outre, les dépenses de l'assurance sociale se manifestent dans les prestations en espèces et en nature. En effet Les assurances sociales englobent plusieurs risques entre autres : le risque maladie, le risque maternité, le risque invalidité et le risque décès. Ces derniers peuvent donner lieu à deux types de prestations : des prestations en espèces ou en nature.

Les recettes collectées par le système de la sécurité sociale se trouvent intimement liés aux conditions socioéconomiques du pays. Aussi, il existe un lien direct entre les recettes ainsi engrangées et la situation qui prévaut dans le pays sur le plan économique et social. En d'autres termes, ces montants sont fonction du niveau de l'emploi, du chômage qui sévit, de l'importance prise par l'emploi précaire, de la proportion de la population ayant un travail permanent, du travail informel, Par conséquent, la situation financière de la sécurité sociale est étroitement liée à la conjoncture économique. Tant que cette conjoncture est favorable, la sécurité sociale arrive à dégager des bénéficiaires, à contrario elle subit les contrecoups du retournement

⁴La sécurité sociale possède des infrastructures sanitaires telles les trois (03) cliniques (une clinique à Bou-Ismaïl, unique structure algérienne, de chirurgie cardiaque infantile spécialisée dans la prise en charge des cardiopathies congénitales et une autre clinique en chirurgie orthopédique d'El Harrach et une clinique de chirurgie ORL « Ibn Sina »). Elle recèle également, 34 centres médico-sociaux, 60 pharmacies dont 58 officines fonctionnelles et un centre de rééducation et de réadaptation professionnelle à Misserghin.

⁵En plus, des structures sociales telles les crèches et jardins d'enfants au nombre de 31 et 01 complexe touristique à Bejaia.

de cette conjoncture.

De ce fait, 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 (Benhamouda & Ould Amrouche, 2005, p. 138). Par conséquent, 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.

III- Les dysfonctionnements du système de santé en Algérie

Le système de santé en Algérie est encore insuffisamment performant, comme l'indique d'ailleurs le rapport sur la santé dans le monde 2000⁶, qui fustige les lacunes des systèmes de santé. Pour l'Algérie, ces lacunes sont dues à plusieurs facteurs que l'on peut résumer comme suit :

III.1 Des dysfonctionnements liés à la gratuité des soins

Un relâchement que ce soit de la gestion administrative ou de la gestion médicale s'est opéré suite à la mise en place de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé en Algérie. Ce dernier a pesé considérablement par la suite sur « la reprise en mains » de ces structures par la suite. La première remise en cause de la gratuité de soins ne s'est faite qu'en 1984 avec le rétablissement du ticket modérateur. La deuxième remise en cause de la gratuité de soins s'est opérée avec l'instauration de la contribution forfaitaire d'accès aux soins dans les structures publiques de santé en Algérie en 1995.

III.2. Des dysfonctionnements d'ordre organisationnel

L'organisation de la distribution de soins en Algérie est tournée essentiellement vers le curatif plutôt que vers le préventif et ce en dépit de la stratégie algérienne en matière de soins qui tourne essentiellement autour des soins de base et de la prévention ceci d'une part. D'autre part, il existe 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'amoindrir.

III.3. Des dysfonctionnements d'ordre financier

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 réalisés 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, en outre, au financement du système de santé à travers des « forfait hôpitaux ». Celle-ci est constamment appelée à tronquer de ses fonds sans qu'aucun droit de regard quant au contrôle des ressources fournies ou allouées ne lui soit accordé.

IV- Le train des réformes engagées : des recompositions institutionnelles

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

6 «Pour un système de santé plus performant ».

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. Bien que les résultats soient souvent mitigés, ces réformes engagées visent, en dernier ressort, à entraîner des recompositions institutionnelles, opérées, sans un brin de doute, par un ensemble de mesures que sont :

IV.1. Des mesures liées à la privatisation de l'exercice médical

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 (Oufriha, 2006, p. 105). Aussi, l'autorisation d'ouverture de cliniques privées est décidée à partir de 1988, en plus de l'autorisation d'exercer dans ces cliniques privées accordée aux personnels médicaux les plus élevés dans la hiérarchie hospitalo-universitaire.

IV.2. Des mesures d'ordre organisationnel

En effet, il y a eu la levée du monopole de l'Etat sur les importations, la production, et la distribution en gros des produits pharmaceutiques. Aussi, la décentralisation administrative 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 (MTH) en s'occupant par ailleurs de l'hygiène du milieu. Par contre, la déconcentration a permis 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. Enfin, une autonomie du secteur public de soins est accordée à ce dernier, celle-ci est basée sur un statut juridique.

IV.3. Mesures en faveur de la sécurité sociale

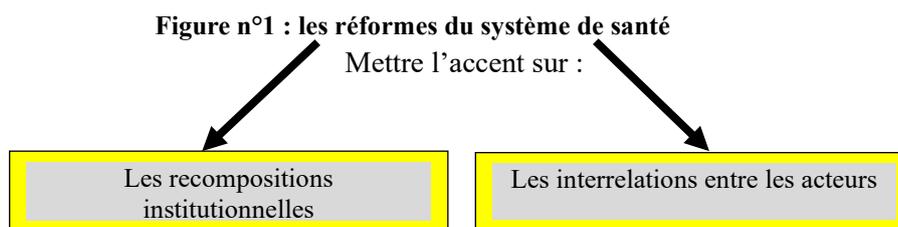
Ces mesures concernent la levée de toutes les barrières au développement d'un secteur privé apte à décharger l'Etat et la sécurité sociale du financement des prestations de soins ainsi que l'élargissement des options de financement des prestations de soins aux usagers du système public en leur faisant endosser un contribution forfaitaire dans les structures publiques de santé à partir de 1995. Aussi, l'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 devraient 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 cloisonnement et ne cherchent pas les synergies propices qui s'offrent 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 (Perrot, 2004).

Le cloisonnement 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 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 meilleures qualités car l'offre de services de santé, publique ou privée, ne leur donne pas toujours satisfaction.

V- Repenser les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins dans la perspective de la mise en œuvre de la contractualisation

Les acteurs de santé sont amenés, plus que jamais, à reconsidérer les modalités de leurs relations. Celles-ci doivent reposer de plus en plus fréquemment sur des arrangements contractuels, lesquels formalisent les ententes entre des acteurs qui s'obligent mutuellement (OMS, la contractualisation dans les systèmes de santé, 2019). Pour se faire, les pouvoirs publics doivent mettre d'avantage l'accent sur cette logique des recompositions institutionnelles que l'on considère comme un préalable à toute amélioration de la performance des systèmes de santé. Néanmoins, pour rompre le cloisonnement continu 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.



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.

V.1 Les interrelations entre les acteurs

Celles-ci peuvent se faire sur la base de l'arrangement contractuel. En effet, 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.

Les voies qui peuvent être empruntées pour sortir les acteurs du système de santé de leur cloisonnement consistent 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 bénéficiaires de leur relation (Perrot, 2004) ». Cette définition comporte quelques éléments clés qui nous paraissent importants à citer :

- ✓ 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 basé 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 bénéficiaires sinon à quoi bon s'allier si ce n'est pour tirer avantage. Toutefois, les bénéficiaires tirés peuvent ne pas s'apprécier nécessairement en termes directement financiers même si toute relation contractuelle entraîne quant à elle des coûts.

V.2. La mise en œuvre de la contractualisation en Algérie : une démarche et des mesures

On parle de la contractualisation en Algérie depuis les lois de finances successives qui remontent à 1993. Celles-ci disposent toutes que la contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels⁷. Cette contribution est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs 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 ;

⁷Préambule 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.

- ✓ 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 ;
 - ✓ 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, 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) ;
 - ✓ 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 général 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 11 Safar 1425 correspondant au 1er avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé à compter du 01/01/2005.
- La contractualisation se subdivise en contractualisation externe et en contractualisation interne.

V.3. La contractualisation externe : elle 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 fait entre la direction d'un établissement de santé et les différents services dont il se compose. Elle met l'accent sur la redynamisation des bureaux des entrées ainsi que sur les actions d'évaluation qu'il faut mener afin de mettre en place les projets de services qui permettent de connaître quel type de travail remplit effectivement chaque membre du personnel.

V.3.1 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 doivent 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.

Aussi, le financement s'effectue au réel c'est-à-dire que chaque structure reçoit 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. 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 sont méticuleusement reportés sur des supports d'informations normalisés et que l'on met précisément l'accent sur les éléments qui entrent dans le confort des malades.

V.3.2 La contractualisation externe et les modes de financement

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 coût moyen d'une journée d'hospitalisation** (CMJH), ce mode est établi sur la base d'un coût moyen d'une journée d'hospitalisation par type d'établissement (EHS, CHU,..) et par groupes de spécialités homogènes (médicales, chirurgicales, psychiatriques, spécialités lourdes et coûteuses, maternité).
- ✓ **La facturation selon le forfait par pathologie** ce mode de paiement, nécessite le recours à des groupes d'experts dont les travaux aboutiront à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie⁸. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtés par ces experts serviront à l'évaluation des forfaits par pathologies auxquels s'ajoutent les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

Ce mode de facturation sou tend un nombre de préalables à savoir constituer les groupes d'experts ; organiser les travaux des experts ; élaborer les consensus thérapeutiques par pathologie ; actualiser la nomenclature générale des actes professionnels et la tarification des actes

En dépit des efforts fournis, les établissements procèdent, jusqu'à nos jours,

⁸C'est l'attribution d'un budget pour chaque pathologie traitée, cela nécessite une maîtrise parfaite de l'ensemble des coûts liés à chaque maladie. Cette démarche nécessite plus de temps et exige le recours à des travaux d'experts pour l'élaboration des consensus thérapeutiques par pathologie ou des schémas diagnostiques et thérapeutiques. Une fois ces schémas arrêtés, ils serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels il faudrait ajouter les frais d'hôtellerie et de restauration.

d'une facturation faisant référence la nomenclature des actes et de la tarification professionnelle établie en 1987 qui est toujours en attente d'une révision. Or le décret portant commission de nomenclature et de tarification des actes attend toujours sa signature. Constations ainsi, l'un des premiers préalables à la mise en œuvre de la contractualisation se trouvant 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 cet apport précis.

V.4. La contractualisation interne

Alors que la contractualisation externe permettra à chaque établissement de se procurer des ressources des différents partenaires à hauteur des activités réalisées ; la contractualisation interne, 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. 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. Des indicateurs de suivis à même d'intéresser les responsables des services aux résultats de leur gestion et de 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.

V5. La contractualisation et le projet d'établissement

La définition du projet d'établissement est l'apanage de la direction générale. Il est défini sur la base du projet médical, il consiste à retenir les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers. Toutefois, les moyens humains, matériels et financiers dont l'établissement doit disposer pour réaliser les objectifs retenus doivent être minutieusement déterminés et répartis entre les différents centres de responsabilité en fonction des actions arrêtées.

Conclusion

La contractualisation dans les établissements de santé en Algérie, ne peut aboutir qu'à la condition préalable de définir le projet d'établissement. Ce dernier va contenir toutes les orientations à même de guider les établissements de santé dans leur quête de la « performance » à condition que ces derniers jouissent pleinement de leur autonomie quant à la fixation des objectifs tout en ayant suffisamment de moyens humains, matériels et financiers pour y parvenir. Dans les conditions actuelles, il apparaît clairement que les marges de manœuvre de ces responsables sont extrêmement réduites au vu des modalités de fonctionnement de ces établissements axées notamment sur l'administration et non sur la gestion à proprement parler. Cependant, la définition de ce projet d'établissement est certes nécessaire mais elle reste insuffisante. En effet, ce projet d'établissement appelle à une valorisation de la ressource humaine en tant que moteur de changement de ces établissements.

Références bibliographiques

- [1]. Benhamouda, A., & Ould Amrouche, K. (2005). *Les relations des systèmes sécurité sociale et santé : examen de la mise en œuvre des nouvelles relations contractuelles santé- sécurité sociale*. Alger.
- [2]. Caire, G. (2002). *Economie de la protection sociale*. Paris: Bréal.
- [3]. Committee For The Corporate Governance Of Listed Companies. (1999). *REPORT CODE OF CONDUCT*. MILANO: Borsa Italiana S.p.A.
- [4]. Hannouz, M., & Khadir , M. (1996). *Précis de sécurité sociale à l'usage exclusif des professionnels de santé et des assurés sociaux*. Alger: OPU.
- [5]. Kaddar, M. (1989). Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie. *revue du CREAD*.
- [6]. OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 Pour un système de santé plus performant*. OMS.
- [7]. OMS. (2019). *la contractualisation dans les systèmes de santé*. Récupéré sur OMS.
- [8]. Oufriha, F. (2006). les réformes du systeme de santé en algerie. *cahier du Cread*, 105.
- [9]. Perrot, j. (2004). le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé. (OMS, Éd.) *discussion paper*.