

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère d'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Ecole Supérieure de Management Tlemcen



Mémoire

En vue de l'obtention du Diplôme de Master en science de gestion
Spécialité: Management des services de santé

Thème :

Le projet de contractualisation comme nouveau
cadre de financement des budgets hospitalier
« étude de cas CHU MUSTAPHA BACHA »

Présenté par :

CHAIB Safa

BEHLOULI Thanina

Soutenu le : 19/06/2022

Devant le jury composé de :

Nom et Prénom	Grade	Qualité
Benbouziane Mohamed	MCA	Président (e)
Khaldi Mustapha	MCA	Encadrant (e)
Terki Kara Assia	Professeur	Examineur (ice)

Année universitaire:2021/2022

Remerciements

Sans l'intervention consciente d'un grand nombre de personnes, notre mémoire n'aurait pas été possible ; donc avant tous développements, il paraît primordial de commencer par des remerciements.

Tout d'abord, nous remercions le bon dieu de nous avoir donné le courage et surtout la volonté pour réaliser ce modeste travail.

Nous tenons à remercier notre encadreur Mr. Khaldi Mustapha de nous avoir accordé sa confiance et confier des missions qui nous permettent d'enrichir notre parcours étudiant, pour sa grande disponibilité, ses précieux conseils et ses encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire, son aide et son encadrement durant la réalisation de notre travail.

Nous acquittons, enfin, volontiers d'un devoir de gratitude et de remerciement à tous nos enseignants pour les enseignements qu'ils ont bien voulu nous donner durant notre formation, spécialement monsieur IZNASNI pour son aide et son encouragement. Ils ont fait de leurs mieux afin de nous fournir une formation efficiente et j'espère que notre conduite et notre apprentissage ont laissé une bonne Impression auprès du personnel administratif et enseignant de l'ESMT.

Dédicaces

A ma défunte maman

Je tien à dédie ce travail à la femme de ma vie, ma raison de vivre, à toi ma regrettée mère « BEN AMIROUCHE CHAFIAA », c'est grâce à vous j'y suis arrivée, tu étais derrière moi dans chaque étapes dans la vie, tu étais ,tu es et tu seras la raison de mon existence malgré ton départ ,tu resteras dans mon cœur ,mes pensée à jamais , tu étais à mes côtés depuis le jour où je suis venu à ce monde, tu étais ma force mon porte bonheur, tu souhaitais toujours que le jour ou j obtient mon diplôme viendra, pour que tu sois fière de ta fille ,maman tu es toujours sacrifié pour me voire réussir, merci pour toutes tes sacrifices ,tes efforts ton soutiens , les mots ne suffisent pas pour vous remercier ,pour exprimer les émotions que j'en ai envers toi ,aucun dédicace ,aucun remerciement sera suffi pour ce que tu m'as donné et ce que tu m'as fait ,merci mon porte bonheur ,que dieu t'accueil dans son vaste paradis.

Je tien à dédier ce travail à ma famille qui a était derrière moi , à la personne qui n'a pas été fatiguée de me soutenir ,me suivre ,de me donner des conseils pour devenir un bon exemple, malgré la dure vie que tu as vécu, tu n'as pas cesser d'être la source de notre joie et notre effort, mon(papa) , dieu te grade pour nous ,à ma sœur Dihia qui je ne peux imaginer ma vie sans elle , on a passé tous écueils de nos vie coté à côté ,nous avons grandis ensemble ,tu es ma deuxième maman ,merci pour tous ce tu as fait pour moi , à ma petite Kika tu est la joie qui ma mère nous a laisser ,la flamme de notre maison ,à Shahrzade, tonton Tahar ,je vous remercie énormément .

A mon fiancé Zaki

A ma binôme Safaa.

Thanina

Dédicaces

A l'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien Moral et ma source de joie et de bonheur, Celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir (Papa).

A la lumière de mes jours, la source de mes efforts, la Flamme de mon cœur, ma vie et mon bonheur (Maman).

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour Exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que Vous n'avez cessé de me donner depuis ma naissance, durant Mon enfance et même à l'âge adulte. Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond Amour.

Puisse Dieu, le tout puissant, vous préserve et vous Accorde santé, longue vie et bonheur.

A mon cher oncle Boubaker , A ma chère sœur Sara , mes chers frères chouaib ,Aymen et Ayoub , A mes cousins Adem , Mouiz , et Badoud A ma petite cousine Rahaf , auxquels j'exprime, à travers ce mémoire, mes sentiments de fraternité et d'amour, pour leurs encouragements, leurs soutien moral, leur grande aide dans la réalisation de ce travail , sans oublié ma Grand-mère que j'aime trop que dieu la garde pour nous .

A ma Binôme ; toute ma famille, et mes amis qui ont toujours été présents à mes côtés et soutenu dans les moments les plus difficiles.

A tous ceux qui, par un mot, m'ont donné la force d'aller de l'avant.

Merci d'être à tous.

Safa

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	I
DEDICACES	II
SOMMAIRE	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES SCHEMAS.....	VII
LISTES DES FIGURES	VIII
LISTES DES ANNEXES	IX
LISTE DES ABREVIATIONS	X
INTRODUCTION GENERALE	1
ETUDES PRECEDENTES	2
L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE :	6
L'IMPORTANCE DE L'ETUDE :	6
LES RAISONS DU CHOIX DE CE SUJET :	6
METHODOLOGIE DE RECHERCHE :	6
LA STRUCTURE DE L'ETUDE :	7
CHAPITRE (I) ASPECT THEORIQUE ET NOTIONS DE BASE DE LA CONTRACTUALISATION.....	8
SECTION 01 : LA CONTRACTUALISATION (FONDEMENTS THEORIQUES) :	10
SECTION 02 : LA CONTRACTUALISATION HOSPITALIERE :	26
SECTION 03 : LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX ALGERIENS	40
CONCLUSION :	53
CHAPITRE (II) LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE NATIONAL (EN ALGERIE)	54
INTRODUCTION :	55
SECTION 01 : LE MODE DE FINANCEMENT DES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE.....	56
SECTION 02 : LES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE :	72
SECTION 3 : LE SYSTEME D'INFORMATION MEDICO-ECONOMIQUE COMME OUTIL PREALABLE A L'INSTAURATION DE LA CONTRACTUALISATION.	85

CONCLUSION :	102
CHAPITRE (III) ÉTUDE EMPIRIQUE	104
INTRODUCTION :	105
SECTION 1 : PRESENTATION DU CHU MUSTAPHA :	106
SECTION 2 : LA PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE :	117
SECTION 02 : L'ANALYSE ET LES RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES	122
CONCLUSION	142
CONCLUSION GENERALE	143
BIBLIOGRAPHIE	147
ANNEXES	155

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : LES POSSIBILITES OFFERTES SELON LA NATURE DE L'OBJET DE CONTRAT ET LE STATUT DE L'HOPITAL	33
TABLEAU 2 : POSSIBILITE DE RECOURS A LA CONTRACTUALISATION VERTICALE EN AMONT :.	35
TABLEAU 3: EVOLUTION DU FORFAIT HOPITAUX EN ALGERIE EN MILLIERS DE DINARS	42
TABLEAU 4 : EVOLUTION DES DEPENSES NATIONALES DE SANTE.	57
TABLEAU 5: DEPENSES BUDGETAIRES PAR TITRE DES STRUCTURES PUBLIQUES DE SOINS (EN MILLIONS DE DA).....	58
TABLEAU 6 : SECTIONS PRINCIPALES ET SECTIONS AUXILIAIRES EN MILIEU HOSPITALIERS :	94
TABLEAU 7 : LES ECHELONS DE L'ECHELLE DE LIKERT :	121
TABLEAU 8 : STATISTIQUES DE FIABILITES	122
TABLEAU 9 : REPARTITION SELON LE GENRE.....	123
TABLEAU 10 : REPARTITION SELON LA TRANCHE D'AGE.....	124
TABLEAU 11 : REPARTITION SELON LE STATUT PROFESSIONNEL.....	125
TABLEAU 12 : INTERPRETATION DU SOUS VARIABLE (PARTENARIAT) :	127
TABLEAU 13 : INTERPRETATION DE LA SOUS VARIABLE (ORGANISATION DES STRUCTURES).	129
TABLEAU 14 : INTERPRETATION DE LA SOUS VARIABLE (SYSTEME D'INFORMATION)	131
TABLEAU 15 : INTERPRETATION DE LA VARIABLE (LE PROCESSUS DE LA CONTRACTUALISATION)	133
TABLEAU 16 : INTERPRETATION DE VARIABLE (GESTION BUDGETAIRE).....	134
TABLEAU 17 : INTERPRETATION DE LA VARIABLE (GOUVERNANCE FINANCIERE HOSPITALIERE)	136
TABLEAU 18 : TEST HYPOTHESES H1	138
TABLEAU 19 : TEST HYPOTHESES H2	140

Liste des schémas

SCHEMA 2 : LA RELATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS	29
SCHEMA 3: LA CLASSIFICATION EN GROUPE HOMOGENE DE MALADE (GHM).....	67
SCHEMA 4 : LES OUTILS DE LA MAITRISE COMPTABLE DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE.	80
SCHEMA 5 : ORGANIGRAMME GENERAL DE L'HOPITAL CENTRAL DE MUSTAPHA BACHA ..	114
SCHEMA 6 : LA PRESENTATION DES VARIABLES DE NOTRE ETUDE AVEC LES DIFFERENTES ITEMS :	120

Listes des figures

FIGURE 1: RESULTAT D'UNE TRANSACTION.....	89
FIGURE 2 : LIENS DE CAUSALITE ENTRE LES PRODUITS ET LES CHARGES DANS LA METHODE ABC.	97
FIGURE 3 : REPARTITION SELON LE SEXE.....	123
FIGURE 4 : REPARTITION SELON LA TRANCHE D'AGE	124
FIGURE 5 : REPARTITION SELON LE STATUT PROFESSIONNEL	125

Listes des annexes

Annexe 01 : Questionnaire

Annexe02 :Résultats SPSS

Liste des abréviations

ONG	Organisation non gouvernementale
THERAMEX	a dedcated womens health company
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHS	Comité d'hygiène et de sécurité
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CH	Centre hospitalier
EHS	Etablissement hospitaliers spécialisés
OMS	Organisation mondiale de la santé
COM	Contrats d'objectifs et de Moyens (système de santé Français)
ARH	Agence Régionale des hôpitaux
DAS	Déclaration annuelle des salaires et des salariés
ENEMEDI	Entreprise nationale des équipements médicaux
SIDAL	Société d'installation et de diffusion de matériel technique
CNAS	Caisse national des assurances sociales des travailleurs salariés
CASNOS	Caisse national de sécurité sociale des non-salariés
CPMC	Centre pierre et marie curie
CENEAP	Centre national d'étude et d'analyse pour la population et le développement
APC	Assemblée populaire communale
CHIFA	Carte d'assurance maladie de la sécurité sociale en Algérie
PMSI	Le programme de médicalisation du système d'information
PIB	Produit intérieur brute
MSPRH	Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière
PSC	Protection sociale complémentaire
PSD	Prestation spécifique dépendance
PCD	Plan communal de développement
ONS	Office national des statistiques
SNS	Simple notification service
T2A	Tarifcation à l'activité
DNS	Domaine name system
GHM	Groupe homogyéne de malades
DRG	Diagnostic related group
GHS	Globally harmonized system of classification and labelling
HAD	Hopital à domicil

Liste des abréviations

DMI	Danmarks meteorologiske institut
MIGAC	Mission d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation
MCO	Management commercial opérationnel
RSS	Résumé de Sortie Standard
RUM	Résumé d'unité médicale
DP	Diagnostic Principal
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
SIH	système d'information hospitalier
ICR	indice de coût relatif
3COH	Triple comptabilité (générale, budgétaire, analytique)
UF	Unité fourragère
ID	Innovation par la demande
NIP	Numéro d'identification personnel
SIIPS	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
MSP	Mouvement de la société pour la paix
SAMU	Département d'anesthésie-réanimation
ABC	Activity based costing

Introduction Générale

Introduction Générale

Depuis quelques années le secteur de la santé a adopté des schémas de gestion et d'organisation relevant de la logique marchande. Cette logique économique est tributaire de la notion de l'économie de marché.

Une multitude de textes réglementaires a pris naissance pour organiser le mode de fonctionnement du système de contractualisation. En France, par exemple l'opération de contractualisation interne est prise en charge par une structure dénommée l'agence nationale d'accréditation de soins (L'ANAES 2003). Cette opération consiste par ailleurs à formaliser les transactions entre les différents services en matière de prise en charge des patients, régulariser des soins selon des protocoles clinique standardisés, imposer des règles de la bonne gouvernance en matière de gestion des ressources et moyens, de permettre au corps médical d'accéder à une grande autonomie en matière de choix d'activités et donc d'engagement des ressources et à obliger les hôpitaux à supporter leurs propres déficits financiers¹.

Le système de santé algérien n'est toujours pas performant, il souffre de nombreux problèmes ,premièrement ,en termes de qualité de service de soins : la qualité de service dégradée (file d'attente, mauvaises conditions d'accueil , Les inégalités géographiques dans l'accès des patients aux soins, notamment aux urgences, soins, etc.) et les dysfonctionnements des institutions publiques de soins (manque de personnel médical, notamment spécialisés, aggravation matériel détérioré par manque de maintenance , etc.).Deuxièmement, en terme de financement, des contraintes de financement de plus en plus en problème : partiellement insuffisance du budget de l'Etat alloué à la santé, absence de efficacité, transparence et traçabilité et l'allocation des fonds, les dépenses dans le monde sont en augmentation, particulièrement dans les pays en développement, donc il est nécessaire de prendre des mesures de financement pour y faire face.

La situation économique défavorable actuelle en Algérie entraîne l'épuisement des ressources. Alors que les besoins en soins ne cessent d'augmenter, qui sont favorisés par les changements démographiques, sociaux et épidémiologiques, tous ces plusieurs facteurs amènent les pouvoirs publics à s'interroger dans le financement de système de santé.Pour résoudre ce problème, il faut recourir à d'autres moyens de financement, en l'occurrence contractuel à partir de l'année en cours 1992.

¹oseph Tedesco, « LA CONTRACTUALISATION INTERNE DANS LES ÉTABLISSEMENTSHOSPITALIERS PUBLICS »,Lavoisier | « Revue française de gestion »,2003/5 no 146 | pages 205 à 2181

Introduction Générale

Les hôpitaux algériens doivent désormais se familiariser avec le nouveau changement, on note une baisse de la participation de l'État au profit de la sécurité sociale avant tout, pour le bien des ménages qui doivent payer une part accrue de leurs frais de santé (de leur poche). A ce stade, la question de l'égalité s'est posée en Algérie face à l'accès aux soins.

Au fil du temps, la nécessité de mieux contrôler l'évolution des coûts, d'améliorer l'accès, être plus équitable dans les allocations et surtout augmenter la valeur des allocations budgétaires, incite les gestionnaires du système de santé à améliorer et connaître les activités de l'hôpital afin de les comparer et de les influencer, les établissements de santé publics doivent remettre et repositionner les dépenses de santé sur sa finalité première : la prise en charge de la santé des patients et la recherche de la qualité, l'équité et de l'efficacité du système de soins.

Actuellement, l'Algérie fait face à une hausse de besoins en matière de service de prestations de soins de santé, qui nécessite les réformes au sein des hôpitaux publics et la bonne maîtrise des dépenses. La pérennité du financement de la santé est menacée à cause de l'augmentation des coûts par rapport au produit intérieur brut de pays.

Conscients de cette situation, les pouvoirs publics algériens ont engagé d'élaborer une série de réformes et de mesures pour tenter de réguler les dépenses de santé en milieu hospitalier et rechercher de nouvelles sources de financement. Projet de réforme du financement de l'hôpital, fondé sur la contractualisation², constitue un outil efficace pour la responsabilisation des acteurs de santé, notamment les détenteurs de fonds et les prestataires de soins, cela amène à la maîtrise des coûts et la rationalisation des dépenses, qui sont en mesure de répondre aux besoins de soins de la population.

Les études précédentes

Des multitudes d'études ont été faites par des chercheurs concernant ce sujet de la contractualisation, parmi les études les plus importants on désigne :

- ❖ **L'étude (BENMANSOUR Sonia) soumise pour l'obtention d'un « doctorat » en Sciences Economiques option : Monnaie-Finance-Banque « La**

²Lila ZIANI1 , Farida ZIANI2, « La contractualisation dans le secteur de santé en Algérie :Etat des lieux et contraintes »,Revue les cahiers du POIDEX,Volume: 10 / N°: 01 (2021),p.37

contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux »³

Cette étude vise à analyser les enjeux de la mise en œuvre de la contractualisation dans les hôpitaux publics en Algérie et les perspectives de son développement en tentant de montrer le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des hôpitaux et comment peut-elle aider à une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Cette étude sera consacrée à l'application de la contractualisation et notamment le système 3 COH dans un établissement public hospitalier, il s'agit d'un véritable défi que l'hôpital d'aujourd'hui doit relever pour la

Recherche de la performance avec la contribution de ses différents acteurs et par la mise en place de système d'information en relation avec les changements organisationnels. Elle a dit dans sa conclusion « La contractualisation ne doit pas être considérée comme une solution à tous les problèmes d'organisation et de financement »

❖ L'étude (FOUDI Brahim) soumis pour l'obtention d'un « Magister » en Sciences Economiques option : Economie de la Santé et Développement Durable « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux »⁴

Cette démarche consiste en premier lieu, à synthétiser le cadre normatif de la contractualisation conçue par l'OMS. En second lieu, à mettre en valeur les différentes étapes de la mise en place de la contractualisation et les entraves qui peuvent bloquer ce projet, et ce en référence à l'expérience algérienne. Pour montrer la grande diversité des domaines d'application, l'auteur a évoqué le cas marocain. Enfin, cette approche vise à monter les insuffisances dans les modalités d'application de la contractualisation en Algérie et au Maroc, en essayant de développer deux volets de comparaison : le premier consiste à comparer les états d'avancements de la mise en œuvre de la contractualisation dans les deux pays ; le deuxième est consacré à la comparaison des modalités d'application de la contractualisation avec le cadre normatif de l'OMS

³ BENMANSOUR Sonia, « La contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux »,Thèse Doctorat, Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou, 2017/2018.

⁴FOUDI Brahim, « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux »,Magister en Sciences Economiques, UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA, Bejaia ,2011.

Introduction Générale

- ❖ **Etude menée par (MALLEK Meriem, 2016), « La Contractualisation outil majeur pour la mise en place d'un système de contrôle gestion hospitalier », article ⁵:**

Le but de cette étude c'est de donner un aperçu sur l'environnement des administrations publiques, ensuite de penchera sur l'étendue du contrôle de gestion sur la sphère publique, et enfin de parler sur la contractualisation, qui est un outil de contrôle de gestion.

- ❖ **Etude menée par (CHEURFA Taous KAÏD TLILANE Nouara, 2014), « LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES », article ⁶**

Ce travail a pour but d'analyser les enjeux de la mise en œuvre de la contractualisation au niveau des établissements de santé en Algérie et les perspectives de son développement. De plus, de tenter 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 ?

- ❖ **L'étude est menée par (KARA TERKI ASSIA) soumis pour l'obtention d'un « doctorat » En sciences économiques Option : Gestion, « La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public »⁷**

L'objectif de cette étude est d'établir un rapport entre les coûts des établissements de santé et la gestion pour voir dans qu'elle mesure la connaissance de la « production hospitalière » (tel que développé par le PMSI) basé sur des informations juste peut servir de base à l'élaboration d'un nouveau mode de financement du système de santé capable de réguler une grande part du marché de soins publics en Algérie, cette étude portera sur trois établissements hospitaliers : le CHU de Tlemcen, l'EPH de Maghnia et de Ghazaouet.

⁵ MALLEK Meriem, «La Contractualisation outil majeur pour la mise en place d'un système de contrôle gestion hospitalier », MÅAREF (Revue académique) partie : Sciences Economiques, 10 me Année –N° :20 (Juin 2016).

⁶ CHEURFA Taous (Doctorante), Pr KAÏD TLILANE Nouara, « LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES »,Economie & Société N° 10,2014

⁷ KARA TERKI ASSIA, « La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public »,Thèse de doctorat En sciences économiques, université Abou Bekre Belkaid, Tlemcen, 2009/2010

- ❖ L'étude menée par (khaldi Mustapha) soumis pour l'obtention d'un « doctorat » en Sciences économiques Option, « L'évaluation du procédé de calcul des coûts hospitaliers »⁸.

L'objectif de cette présente étude est confiné dans la volonté de proposer des solutions managériales ; qui pourraient intéresser les gestionnaires du service public hospitalier en matière d'évaluation et de gestion des coûts des prestations en préparation à l'instauration officielle du « système de la contractualisation des hôpitaux » ; qui aura à s'imposer de lui-même comme l'un des objectifs stratégiques de la réforme qui est en cours d'exécution.

- ❖ Etude menée par (BOULAHRIK Mohand, 2016), « Financement du système de santé Algérien », article⁹.

Cette étude vise à définir et revoir l'évolution de la dépense nationale de santé de l'Algérie pour répondre à la question suivante « pour faire face aux nouveaux besoins sanitaires de la population à l'horizon 2030, faut-il mobiliser d'autres sources de financement supplémentaires ou plutôt gérer d'une manière rationnelle celles déjà existantes ».

La problématique :

L'objectif de notre travail est de montrer l'importance de la contractualisation sur le financement des budgets hospitaliers des hôpitaux publics en Algérie.

Ainsi, notre problématique peut se formuler comme suite : *Par rapport au système de santé Algérien actuel ; le mode de contractualisation ; est-il considéré comme moyen de réforme afin d'améliorer la gestion et le financement budgétaire ?*

Pour répondre à cette problématique, il semble nécessaire de répondre aux diverses questions qui découlent de la problématique principale :

- 1- Quel mode de contractualisation peut adopter Les hôpitaux publics Algériens ?
- 2- Peut-on considérer la contractualisation comme un moyen de réforme hospitalière ?
- 3- Quels pourraient être les moyens et outils devant être mis en œuvre par les hôpitaux en matière de contractualisation afin d'améliorer la gestion budgétaires ?

Dans l'intention de répondre à la problématique au-dessus, nous proposons les hypothèses suivantes :

⁸ Khaldi Mustapha, « L'évaluation du procédé de calcul des coûts hospitaliers » Thèse de doctorat, université

⁹ BOULAHRIK Mohand, « Financement du système de santé Algérien », Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, N° 33 – 2016.

Introduction Générale

- H 01 : il y a une relation significative entre la contractualisation et la gestion budgétaire
- H02: il y a une relation significative entre la contractualisation la gouvernance financière.

L'objectif de la recherche :

- ✓ élargir les connaissances de système contractuel (la contractualisation) ;
- ✓ montrer l'importance de processus de la contractualisation au niveau des établissements de santé
- ✓ connaître et comprendre les moyens nécessaires pour appréhender la contractualisation
- ✓ la possibilité de poursuivre la recherche en post-graduation dans ce domaine

L'importance de l'étude :

Comme le projet de contractualisation a été posé depuis des années, bien que ce sujet a une importance majeure pour les hôpitaux publics en Algérie .Ce travail va nous permet d'étudier le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des hôpitaux publics et d'analyser les problèmes et les obstacles qui peuvent bloquer ce projet, et prouver que la contractualisation est un mode de financement efficace pour les hôpitaux publics qui aide à gérer et à maîtriser les couts. L'importance de ce sujet se distingue par le manque des recherches universitaires dans ce domaine.

Les raisons du choix de ce sujet :

Des multitudes raisons nous ont conduits à choisir cette thématique, notamment :

- ✓ C'est un sujet d'actualité ;
- ✓ L'interaction très forte qui existe entre les deux variables nous a fait la curiosité de l'examiner ;
- ✓ C'est un sujet qui touche la qualité de prestation de santé fournies à la population ;
- ✓ L'importance de la contractualisation au niveau de l'établissement de santé ;
- ✓ C'est un sujet qui propose des solutions managerielles ;
- ✓ C'est un sujet qui vise à réformer les établissements de santé en matière de financement et aussi en matière de l'efficience et l'efficacité.

Méthodologie de recherche :

Notre travail est devisé en deux partie, la première est théorique, ou nous avons détaillés notre sujet choisi à l'aide d'une recherche documentaire basée sur (des mémoires, des livres et des

Introduction Générale

articles, ensuite la deuxième partie est destinée à l'étude empirique et l'analyse des résultats obtenus dans notre enquête et confronté la théorie à la pratique (sur le terrain).

La structure de l'étude :

Notre travail est réparti en trois chapitres, les deux premiers théoriques, et le troisième pratique.

Le premier chapitre nous permet de comprendre l'aspect théorique et les notions de base de la contractualisation, en parlant premièrement sur les fondements théoriques de la contractualisation puis de découvrir la contractualisation hospitalière quant à la troisième elle sera consacrée au processus de la contractualisation hospitalière externe en Algérie.

Le deuxième chapitre aborde le financement de système de santé national (en Algérie) dont : le mode de financement des hôpitaux publics, les dépenses de santé et l'importance du système d'information médico-économique à l'instauration de la contractualisation.

Enfin le troisième chapitre comprend une présentation générale de l'hôpital, puis il cerne la démarche méthodologique de la recherche empirique et en troisième section à travers un questionnaire et un logiciel SPSS on va présenter et analyser les résultats puis les interpréter.

**Chapitre (I) : Aspect théorique et notions de
base de la contractualisation**

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

Le système de santé est représenté par l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est de produire des services de santé pour l'ensemble des citoyens vivants au sein de la société.

Selon l'organisation mondiale de la santé, un système de santé qui fonctionne bien fournit des services de haute qualité pour tout individu, quelle qu'en soit la cause quand et où il en a besoin.¹

La contractualisation est apparue comme la solution la plus appropriée à des problèmes causés par la situation sociale et économique tel que : problèmes de qualité, des services publics de santé, apparence de nouveaux acteurs privés.

Comme elle a des avantages ; la contractualisation connaît aussi des nombreuses difficultés .il s'avère néanmoins que des hésitations ont surgies en fonction des enjeux politiques.

Par le biais de ce chapitre nous allons présenter les fondements théoriques et les notions de base de la contractualisation dans une première section dont : la contractualisation, les avantages et les principes de la contractualisation. Ensuite nous allons essayer de développer les notions théoriques relatives à la typologie de la relation contractuelle.

Concernant la deuxième section nous apportons quelques explications concernant le concept (contractualisation).deux notions interviennent à ce sujet : la contractualisation interne et la contractualisation externe.

La contractualisation en Algérie est abordée dans la troisième section .sera évoqué le parcours entamé par les pouvoirs publics (ministère de la santé) depuis l'avènement de la médecine gratuite en 1974.un autre paragraphe sera réservé aux objectifs de la contractualisation relevant du système de santé algérien

¹ UE Santé publique : Les systèmes de santé, 21avril, 2022, http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-publique/systemes_sante.pdf

Section 01 : La contractualisation (fondements théoriques) :

Chaque établissement de santé, recherche à améliorer sa gestion comme dans toute entité économique. En ce qui concerne l'établissement de santé tout dépend du système que l'on adopte ; et quel que soit la nature du système, les mêmes objectifs sont prescrits à savoir :

Assurer le principe d'équitable, d'accès aux soins sans difficultés, protéger les mêmes droits acquis ; au profit de tous les citoyens et par conséquent réaliser un maximum de rentabilité et de performance quant aux prestations fournies.

Pour cela, il faut bien gérer les ressources et les mobiliser pour l'amélioration de la qualité des soins de la population avec la réduction des coûts financiers. La contractualisation est considérée comme une meilleure alternative pour l'organisation et l'émulation du système de santé Algérien qui peine à se développer.

1. Pourquoi contractualiser ?

La pratique et l'adoption des fondements et principes de la contractualisation relève de l'évolution des modes de gestion moderne et à cet effet plusieurs pays, notamment européens et ceux de l'Amérique du nord (Etats unis et canada) ont expérimenté ce mode de gestion.

La question qui se pose étant la suivante : quelles sont les raisons qui font que pratiquement la plupart des systèmes de santé ont intégré par rapport à la gestion le modèle « de la contractualisation » ?

La réponse paraît simple et logique ; d'abord les budgets de la santé sont souvent couteux et les dépenses auxquelles font face les hôpitaux représentent la contrainte majeure. Donc pour pouvoir supporter les déficits, il ; y a lieu de contractualiser l'offre des services rendus soit en totalité soit de façon partielle avec les différents partenaires économiques et sociaux (assurance publiques et privées, entreprises, mutuelles etc...), sans pour cela altérer les besoins potentiellement récurrents et sans cesse croissants des patients.

1.1. La relation contractuelle à travers le contrat

Pour qu'un contrat soit réussi, il faut avoir (5) conditions :¹

- 1- une équité entre les parties contractantes ;
- 2- une définition précise du produit ou du service proposé ;
- 3- un accord sur les prix ;
- 4- des garanties entre les deux parties que le service sera fourni et qu'il soit payé ;
- 5- des clauses d'évaluation.

L'apparence de nouveaux acteurs (publics et privés) dans le secteur de la santé,

Leur degré de spécialisation et la volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de Santé, nécessitent le recours à la contractualisation

1.2. La contractualisation :

Le mot selon Jean Perrot :

«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

Selon cette définition on déduit les bases de la contractualisation³:

« Alliance volontaire » :

Cette expression traduit le principe de liberté d'entrer dans les relations contractuelles. En effet, nous ne pouvons jamais être contraints d'entrer dans une relation contractuelle, sans engagement volontaire des partenaires du contrat.

« L'engagement envers des devoirs et des obligations réciproques » :

Les participants aux relations contractuelles doivent se rencontrer pour négocier et définir les clauses du contrat. Clarifier les responsabilités et obligations de chacun (déterminer précisément les modalités de contrat), cette étape est considérée comme le cœur de la relation

¹ L'Ecole Supérieure Algérienne des Affaires (ESAA), « Mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration Des prestations de santé », Réunion du samedi 21 février 2009.

²Jean P, De Roodenbeke E. : « La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. », édition Karthala, 2005, p.39

³FOUDI Brahim, « La contractualisation dans les systèmes de santé Algérien et marocain : Etat des lieux, Economie de la Santé et Développement Durable », UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA, BEJAÏA, pp.33-34

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

contractuelle, car seulement s'ils bloquent toutes les situations et les problèmes qui pourraient les détruire, ils seront moins susceptibles de rompre la relation.

« Les bénéfices de la relation contractuelle » :

Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des services et de prestations que propose l'hôpital n'est pas lié essentiellement à la réalisation du profit ; c'est la raison pour laquelle, l'Etat apparaît comme le seul garant ayant pour responsabilité de guider et de réguler les clauses des différents contrats passés au sein de la sphère du système de santé (par ex. contrôle des marchés publics).

Ce n'est pas leur altruisme qui pousse les acteurs à entrer dans des relations contractuelles, mais surtout la recherche du profit ; et le profit que l'on peut en tirer au final. À cette fin, les participants recherchent, examinent et évaluent les coûts et les avantages avant même de signer le contrat.

1.3. Théorie de l'agence ou (des mandats) :

Selon D. Jensen et W. Meckling, la théorie d'agence est définie comme *«une personne (le principal, ou le mandant) qui passe un contrat avec une autre personne (l'agent, ou le mandataire) pour accomplir en son nom une tâche qui comprend une délégation de pouvoir de décision »*¹

Dans une relation contractuelle Il s'agit de déterminer :²

- 1- Le rapport d'interdépendance entre les intervenants.
- 2- De déterminer entre les différents acteurs le ou les quels d'entre eux, sont en situation de principal (sous informé) ou du représentant (surinformé)
- 3- De Déterminer les différentes incitations liées à la transaction en fonction des différentes caractéristiques de cette transaction.

¹G. Akerlof, M. Jensen et W. Meckling, Théories des contrats, théorie de l'agence: les asymétries d'information, Systèmes d'information et Management, Jensen, M., & Meckling, W. (1976). Theory of the Firm: Managerial behaviour, Agency Costs and Ownership Structure.

²PERROT Jean, DE ROODENBEKE Eric, op.cit. p.29-86.

2. Les types de relation contractuelle :

Il existe plusieurs types de relations contractuelles parmi ces relations ; nous avons :

- 1- Celles basées sur la nature du contrat (public-privé),
- 2- D'autres basées sur la présence des participants, et encore,
- 3- celles qui sont basées sur la portée des contrats (contrats hospitaliers, contrats d'approvisionnement en médicaments, etc.) .Les relations contractuelles sont réparties en trois catégories selon l'objet principal sur lesquelles repose (l'objet du contrat).¹

2.1. Une relation contractuelle basée sur une délégation de responsabilité :

La délégation de responsabilité correspond à des situations où les acteurs sont plus disposés à déléguer, leur responsabilité vis-à-vis des acteurs agissant en leur nom et leur place dans le cadre du contrat : concessions services publics, liens vers les services publics, liens vers les acteurs de régulation (régulateurs : hôpitaux autorités locales autonomes).

C'est la logique du « faire-faire », la question suivante : Quels travaux fait-il lui-même et que pouvait-il faire ? A-t-il été fait par un autre acteur ?² :

L'avantage de cette approche réside dans le fait que les deux parties présentes ont des intérêts qui peuvent être convergents ou quelque fois divergente³ :

- 1- L'incitateur (le principal) a intérêt à ce que son agent (l'incite) à maximiser ses efforts

Pour atteindre les meilleurs résultats possibles.

- 2- L'agitateur aura intérêt à diminuer ses efforts.
- 3- L'incitation, des incitations seront définies dans le contrat, destinées à concilier les intérêts des deux acteurs, qui au départ ne sont pas les mêmes, de sorte à les amener à agir Dans le même sens.

Le deuxième avantage de cette approche est que le principal est d'évaluer les efforts de ses agents afin que ces efforts soient équitablement récompensés.

¹BENMANSOUR Sonia, « La contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux », Filière : Sciences Economiques Option : Monnaie-Finance-Banque, Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou, p.20.

² Ibid.

³ Organisation Mondiale de la santé (OMS), « L'incitation à la performance des prestataires de services de Santé » ; Discussion paper numéro 1, 2010, pp.12-13.

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

Il Convient aussi de souligner qu'on ne peut pas observer l'effort, mais seulement les résultats de l'effort. Par conséquent, l'agent est le détenteur des informations dont le mandant a besoin mais dont le mandant dispose.

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

Ce principe général de délégation de responsabilité se décline cependant de diverses manières¹ :

2.1.1. Des contrats de délégation à un acteur privé²:

- **Contrats de Décentralisation de Service Public** : Déléguer la gestion des services publics à Organismes privés (sociétés anonymes, associations, fondations, syndicats, Réciprocité) pour le compte de l'Etat à travers des conventions d'exploitation réglementées Spécifie les frais pour ces conditions d'utilisation. Exemple : Côte d'Ivoire, Afrique du Sud et Mali.
- **Contrats de concession d'une zone géographique** : l'Etat peut renoncer à l'exploitation d'une zone géographique insuffisamment couverte qu'il ne veut pas ou ne peut garantir couvrir. Exemple : mise en place de services de soins primaires dans certains Zones urbaines du Bangladesh, une franchise d'une ONG au Cambodge.

2.1.2. Des contrats d'association au service public :(concessionnaire de service public, système d'accréditation) :

Un organisme privé a ses propres structures et dispose des moyens propres, coopèrent par contrat avec l'état pour accomplir une mission de service public, exemple : les hôpitaux des Églises en Tanzanie, au Ghana et en Zambie.

¹BENMANSOUR Sonia, op.cit.pp.21-22

2.1.3. Des contrats liants l'Etat et ses institutions autonomes :

Le transfert de responsabilité s'effectue conformément à la loi. Cependant, ce transfert La responsabilité n'est pas exhaustive, il existe encore des liens entre l'Etat et ces entités, par exemple : le Maroc et Tunisie.

2.1.4. Des contrats liants l'Etat aux collectivités territoriales : principe de subsidiarité:

Cela signifie que le gouvernement doit se rapprocher le plus possible des citoyens. Il s'agit de transférer des compétences et des moyens aux collectivités locales. Ces liens ne peuvent être médiatisés que par des relations hiérarchiques classiques. La relation contractuelle est donc un outil qui leur permet de les aborder et de les mettre en œuvre. Mais dans tous les cas, l'Etat veillera à ce que les exécutants interprètent et respectent la mission de service Public : Le contrat est là pour le garantir.

2.2. Une relation contractuelle basée sur un acte d'achat :

Avec l'émergence d'entités privées réputées pour fournir un meilleur service aux services de santé, le propriétaire du fonds préfère acheter ces services plutôt que de les produire à lui seul, cette alternative permet d'assurer une meilleure qualité de service à moindre coût grâce à la mise en place de mécanismes de concurrence entre les acteurs.

Les achats peuvent concerner deux niveaux¹ :

- 1- l'achat porte sur un produit fini c'est-à-dire sur un service de santé: sous-traitante
- 2- l'achat porte sur des facteurs de production :

Dans la logique d'achat d'un service, on peut distinguer deux types de relations : une relation titulaire de fonds et prestataires de soins de santé contraignants, et une autre relation montre la manière dont les fournisseurs de services de santé sont créés.²

¹ OMS, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Genève, 2004, p.17

²FOUDI Brahim, op.cit.pp.39-40

2.2.1. Relation entre les détenteurs de fonds et les prestataires de services de santé :

Cette procédure a été développée après la réforme visant à séparer les fonctions financement et prestation de services. Il peut apparaître à plusieurs niveaux, selon le dossier type de détenteur de fonds ¹:

- **Au niveau individuel :**

Les particuliers (titulaires de fonds) peuvent entrer en relation volontairement ou de force, avec les compagnies d'assurances (prestataires de services) qui négocieront les contrats de services, et les compagnies d'assurances, Cela établit à son tour une relation avec le fournisseur de services au nom de son assuré.

- **Au niveau du ministère de la santé :**

Les titulaires de fonds délèguent et octroient la prise en charge des activités chirurgicales aux médecins privés lorsque le public ne peut plus assurer le service, par exemple dans les zones rurales lointaines. (Namibie, Colombie, Pérou...)

- **Au niveau des systèmes d'assurance :**

Ces organismes possèdent des fonds qui proviennent soit des cotisations des assurés, soit de leur propre argent, ils préfèrent acheter des services de santé pour leurs assurés, ils négocient, par conséquent, les contrats avec des prestataires de services publics ou privés, mettant l'accent, non seulement sur les prix des prestations à fournir, mais aussi sur les modalités de paiement, les conditions d'accès assuré et qualité des soins.

- **Au niveau des agences publiques de financement :**

La séparation de la fonction de financement et de la prestation de services s'applique à l'intérieur même dans le ministère de la santé, cela se traduit par la création d'agences de santé publique.

Cette forme de coopération contractuelle est peu développée dans les pays en développement, à l'exception de quelques pays qui ont œuvré à la création d'agences opérant pour le compte du ministère de la Santé ; en achetant des services de santé au secteur privé

¹. FOU DI Brahim, op.cit .p.40

2.2.2. Relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les partenaires du secteur de la santé ¹:

Assurer un meilleur service répondant aux exigences des titulaires de licence des fonds eux-mêmes sous pression de la population et des prestataires de services de santé .La combinaison des facteurs de production de plusieurs partenaires dans les secteurs de santé étant nécessaire pour parvenir à un meilleur service de santé. ²

Plusieurs liens contractuels seraient possibles ³:

- **Des relations avec le marché de travail :**

Le prestataire fait appel au marché de travail, pour acquérir des compétences en ressources humaines (médecins, infirmiers, techniciens De la santé ...)

- **Des relations avec les divers fournisseurs :**

Les prestataires font appel aux différents fournisseurs pour l'acquisition de nouveaux matériels et fournitures pour faire, l'exploitation de leurs structures, par exemple : l'acquisition de nouveaux appareils pour leur mise en œuvre des diagnostics et des des actes d'analyses et de prospection plus exactes.

- **Des relations avec les prestataires de secteur intermédiaires :**

Il existe cependant des acteurs spécialisés dans la prestation de services intermédiaires non médicaux, comme la restauration de des malades, le transport médical, le jardinage, la maintenance des équipements ... avec lesquels les prestataires de services de santé entrent en relation pour leurs confier la gestion de ces services.

2.3. Une relation contractuelle basée sur une coopération :

La coopération contractuelle est définie comme « un accord établi dans une perspective de long terme impliquant une interaction entre membres d'organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs moyens »⁴

¹FOUDI Brahim, op.cit. pp.41-42

⁴Ingram M. : « L'apprentissage organisationnel dans les coopérations », revue française de gestion, n0 97, 1994, p55

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

Les caractéristiques de cette relation sont :¹

- L'engagement de partenaires mutualisant leurs ressources, pour atteindre un objectif pré-négocié ;
- L'engagement des partenaires s'inscrit dans une logique de long terme, c'est-à-dire que

La durée de la relation sera plus longue par rapport aux deux types de relations contractuelles que nous avons mentionnées plus tôt. La raison en est que ces rapports nécessitent plus de temps pour établir, et surmonter les obstacles inattendus. Cela se produit tout au long de la relation ;

- Tous les partenaires impliqués dans la relation peuvent pleinement participer aux décisions prises lors de l'exécution des clauses contractuelles.

La coopération contractuelle peut être menée de plusieurs façons, il y en a deux grands chemins d'interpénétration :

2.3.1. Les relations à interpénétration organisationnelle faible :

Les partenaires négocient sur les moyens d'établir et la manière de réaliser les différentes tâches, cette forme de relation se distingue par une grande indépendance des partenaires et grande liberté de choix des modalités d'exécution du contrat².

2.3.1.1. Le franchising³ :

Le franchising diffère d'une relation contractuelle traditionnelle de deux manières importantes :

- Le franchiseur doit l'octroi de la franchise, soit une contribution financière, soit une contribution matérielle ou une contribution au savoir-faire ;
- L'importance d'identification par rapport à un réseau supervisé par une entité supérieure qui veille sur l'harmonisation des activités des franchisés, prenant

¹FOUDI Brahim, op.cit.p.43

²Ibid .pp.44-46

³ Sahraoui Y. : « Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins », Thèse de Doctorat en Santé Publique et Economie de la Santé, option, Système de Soins Hospitaliers, Université Paris VII, 2003.p.65.

conscience qu'ils appartiennent à un réseau et ils travaillent tous pour un objectif commun.

2.3.1.2. Coopération entre établissement de soins et association de bénévoles :

L'émergence d'associations volontaires (à but non lucratif) qui luttent pour améliorer les conditions de vie des enfants et des femmes et les plus démunis. La contractualisation a favorisé l'implication de ces associations dans le secteur de la santé en les mettant en relation avec des établissements de santé, on note par exemple la participation d'associations bénévoles en faveur des enfants d'âge préscolaire dans les hôpitaux¹.

2.3.1.3. La coopération au sein d'un réseau :

Dans cette approche, le concept « réseaux » fait référence à la coopération d'acteurs, chacun avec sa propre coopération en terme de spécialisation et son domaine d'intervention qui intervient pour assurer le prix responsable de malade en général

La logique en terme de réseau se justifie par l'effet de coordination que peut produire la chaîne des acteurs, conjointement ou successivement, dans le processus de prise en charge du patient, une contractualisation est nécessaire dans ce cas pour formaliser et définir le rôle de chaque acteur impliqué dans la chaîne de soins².

2.3.1.4. La coopération entre les élus locaux et les spécialistes de la santé :

La décentralisation administrative à attribuer aux collectivités locales un nouveau rôle dans le fonctionnement des établissements de santé. Un effort doit être fait pour concilier et harmoniser deux logiques³:

- 1- une logique systémique adoptée par des acteurs traditionnels de la santé à savoir le ministère de la santé et tous les prestataires de services de santé.
- 2- une logique politique adoptée par les élus locaux dont la santé n'a qu'une portion d'un large programme contenant divers préoccupations ; éducation, hygiène, emploi....

¹FOUDI Brahim, op.cit. p.44

²Ibid. p.45

³Ibid

2.3.1.5. Les coopérations entre les gouvernements et les partenaires au développement dans le cadre des « SWAPS »¹:

Le problème des accords traditionnels entre gouvernements et partenaires de développement tels que le programme des Nations Unies pour le développement, les relations ne sont pas renforcées par des formulaires de cautions et de contrats qui définissent les devoirs et obligations de chaque partie².

Les mécanismes de type SWAPS doivent aboutir à un véritable arrangement contractuel entre le Ministère de la Santé et les partenaires au développement qui financent généralement un programme de santé³

2.3.1.6. La coopération dans le cadre des accords de partenariat :

Le partenariat est un concept qui comprend un certain nombre de relations qui se réalisent parmi un large éventail d'acteurs, qui peuvent être classés comme suit⁴ :

- **Les accords de partenariats entre Etats :**

Ce sont les relations qui sont formalisées, en général, par des moyens de financement et des techniques de travail développées à l'instar des pays développés et autres avec voix; dans le domaine de la santé, ce procédé est difficilement réalisable eu égard aux problèmes récurrents liés à leur systèmes de santé

- **Les accords de partenariat entre une entité privée, avec ou sans but lucratif, et une entité publique :**

En ce sens, l'Union européenne entre dans une relation de coopération avec ONG pour mener à bien un projet commun avec elles.

¹De l'anglais to swap qui signifie échangé, le swap désigne de façon très large une opération financière qui vise à échanger des flux financiers entre deux parties, sur une période temporelle donnée et définie à l'avance.

1. ³Promouvoir le développement. ...
2. Favoriser la sécurité sanitaire. ...
3. Renforcer les systèmes de santé ...
4. Exploiter la recherche, l'information et les données factuelles. ...
5. Renforcer les partenariats. ...
6. Améliorer la performance.

- **Les accords de partenariat entre entités privées :**

Ce sont les relations qui entrent en jeu entre les entités privées et les spécialistes dans la prestation de services de santé. Par exemple, un accord signé entre deux laboratoires : THERAMEX qui est une entreprise leader dans Cure Ménopause et MONOT:

Un produit pharmaceutique, en vue de participation à la promotion d'un comprimé « D'EVESTREL » auprès des médecins, pharmacien....

- **Les accords de partenariat entre des établissements de santé :**

Ce sont les relations qui s'effectuent entre un hôpital d'un pays développé et un hôpital d'un pays en développement. L'objectif est de les aider à mieux former leurs employés et à gérer les situations les plus dangereuses et autres activités dans le cadre du jumelage et du partenariat.

2.3.2. Les accords comportant un fort chevauchement réglementaire:

Ce type d'accord correspond à la situation dans laquelle les acteurs se réunissent pour y parvenir une joint-venture¹, après avoir échangé les moyens à mettre en place et les objectifs à atteindre. Les deux acteurs font partie du même projet avec une forte coopération Certains types d'accords qui convergent avec ce raisonnement peuvent être cités² :

2.3.2.1. La cogestion :

La cogestion est définie comme « la gestion en commun d'un organisme. Pour une entreprise, la cogestion correspond à la gestion exercée par le chef d'entreprise avec la participation des travailleurs salariés. Ce système est notamment appliqué en Allemagne »³ , En effet, on peut trouver au sein d'une unité de santé, ce style de gestion. Lorsque le conseil d'administration est composé de personnels médicaux et non médicaux et de représentants d'associations et les institutions qui représentent la société

¹Une co-entreprise, appelée aussi entreprise commune, entreprise en participation ou joint-venture, est un accord passé entre au moins deux entreprises qui acceptent de s'associer dans un but précis pour une durée limitée.

²FOUDI Brahim, op.cit. p.47

³ Silem.A, Jean-Marie. A. : « Lexique d'économie », éd DALLOZ, 2006, p157.

2.3.2.2. Les alliances :

Dans le cas d'alliances, la participation des partenaires sera plus active et intense, et les relations entre eux seront plus fortes. Nous pouvons distinguer deux modèles d'alliance¹:

- Une alliance stratégique:

L'alliance stratégique est une forme particulière de coopération entre les entreprises indépendantes mais avec des objectifs communs. A travers cet aspect de coopération ; sont définies les modalités de coopération et la mise en commun des ressources financières, de la technologie et le savoir-faire, dans l'intérêt de chaque firme.

- Les filiales communes :

Lorsque deux entités ont une activité commune à exécuter, elles créent une filiale commune. Par conséquent, En chine populaire par exemple, deux hôpitaux ont décidé de créer un centre d'analyses médicales ou un complexe. Cette nouvelle structure est le résultat de collaboration entre deux établissements de santé. Le but de cette coopération est de réduire les coûts et éviter les périodes d'inactivité².

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

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

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

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

2.4.1. La préparation à la contractualisation

Cette phase commence lorsque des acteurs du secteur de la santé envisagent de recourir à la contractualisation jusqu'au moment où ils vont effectivement procéder la formalisation de

¹. FOU DI Brahim, op.cit..p.47

²Ibid. p.48

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

leur relation contractuelle. On est par conséquent dans le lancement du processus. Cette phase comporte elle-même différentes étapes:

- Identification des acteurs et des enjeux: les acteurs s'identifient et prennent conscience de la contractualisation qui pourrait les unir; ils mesurent les enjeux, les avantages, les risques et les contraintes de cette contractualisation. On est dans une étape d'engagement de la part des acteurs;
- Les acteurs mettent en place les mécanismes qui vont leur permettre de progresser. On est dans une étape d'organisation;
- Étude de faisabilité de l'éventuelle relation contractuelle. On est dans une étape de diagnostic.

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

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

2.4.2. La formalisation de la relation contractuelle

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

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

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

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

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

2.4.3. La mise en œuvre du contrat

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

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

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

2.4.4. La fin du contrat

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

- **Le renouvellement** : le contrat a donné pleine satisfaction et les parties en présence décident d'un commun accord de renouveler le contrat dans les mêmes termes que le contrat précédent (même si des aménagements seront souvent à prévoir; mais ceux-ci respectent l'esprit du contrat précédent). Un nouveau contrat est alors signé;
- **La renégociation** : les parties en présence considèrent qu'il convient de poursuivre une relation contractuelle, mais considèrent qu'il convient de renégocier le contrat. Cette renégociation peut être plus ou moins importante selon l'analyse qui découle de la mise en œuvre du contrat précédent. Le processus peut être assez similaire à celui du

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

contrat initial,même s'il n'y a plus de question d'identification des partenaires en présence.

- **L'arrêt** : les parties en présence peuvent décider de ne pas renouveler leur relation contractuelle, que celle-ci ait donnée satisfaction ou se soit conclue pour un échec.

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

Le respect du calendrier préétabli par les deux contractants est ici un élément et une preuve de l'efficacité et de l'effectivité du contrat

Section 02 : la contractualisation hospitalière :

L'approche contractuelle dynamise la bonne gestion pour trouver la meilleure performance et l'adaptation d'un modèle qui répond aux besoins et attentes de la population. Sa mise en œuvre sur le terrain du secteur public est une réponse à l'alternative de la privatisation, qui est généralement une alternative louable aux fins de corriger les inefficacités produites les systèmes de santé et les organisations publiques.

L'hôpital est présenté comme une organisation centrale chargée de prestation de service de santé qui est en liaison a un contrat avec tous les interlocuteurs avec lesquels elle produit des contrats. Les axes de la contractualisation, sont définis à travers la politique de l'établissement ainsi que la nature de la relation (patients /opérateurs des services de santé) tant sur le plan interne que sur le plan externe dans le cadre de la coopération externe :(Agences de santé et de prestations diverses externes)¹.

1. La contractualisation interne :

L'un des préalables à la contractualisation en interne est de créer des clusters² au sein de l'agence, des fédérations regroupant plusieurs services afin d'avoir "une certaine puissance opérationnelle". Cependant, qui dit que les hôpitaux opèrent aux pôles n'implique pas nécessairement la contractualisation, car certains établissements n'en sont pas encore à ce stade et n'ont pas finalisé le mode de contractualisation.³

1.1. La définition de la contractualisation interne:

Le terme de la contractualisation interne est défini comme « une nouvelle étape dans l'adaptation des démarches de gestion hospitalière » formalisée par des « conventions de délégation de gestion hospitalière en vue d'impliquer les équipes hospitalières à la gestion de l'hôpital et de la déconcentration possible les procédures internes ».⁴

¹MALLEK Meriem, « La Contractualisation outil majeur pour la mise en place D'un système de contrôle gestion hospitalier », MÂAREF Revue académique, 1 0 ème Année –N20 (Juin 2016), pp.72-74

²Dans un système informatique, un agrégat, ou « cluster », est un groupe de ressources, telles que des serveurs. Ce groupe agit comme un seul et même système. Il affiche ainsi une disponibilité élevée, voire, dans certains cas, des fonctions de traitement en parallèle et d'équilibrage de la charge. On parle ainsi de gestion en cluster (clustering).

³LYDIE RIVALDI, « QUELLE PLACE PEUT INVESTIR LE CADRE DE SANTÉ DANS LE PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION INTERNE ? », Recherche en Soins Infirmiers, 2006/2 N° 85 | pages 77 à 85, p.77

⁴ Ibid

1.2. Impact du contexte actuel sur la démarche contractuelle :

La sous-traitance interne est avant tout un sujet brûlant. En effet, depuis la promulgation du décret n° 2005-406 du 2 mai 2005, le régime juridique de l'établissement a été simplifié et le décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant réglementation relative au fonctionnement des établissements publics de santé et modification des réglementations diverses liées à la santé. Selon la loi, tous les hôpitaux publics doivent recourir à un processus de contractualisation interne pour s'organiser en centres d'activités. Ces réglementations sont liées au contexte national dans lequel les institutions évoluent vers une gouvernance dite nouvelle.

En effet, la nouvelle gouvernance repose sur le fait que dans les établissements de santé il doit y avoir un rapprochement entre les services médicaux et administratifs pour que l'hôpital puisse être piloté par ce duo, principalement pour améliorer l'efficacité de l'établissement.

Cette volonté découle de l'inflation permanente des coûts liés à la santé, et les décideurs s'interrogent sur la gestion des établissements. Ils ont essayé d'analyser si cette gestion était sereine et comment elle pouvait être améliorée¹.

Cependant, l'une des solutions qui semble être employée est la sous-traitance interne. Pour donner quelques chiffres, actuellement, environ 45% des CHU, 15% des CHS et 12% des CHS ont recours à la contractualisation interne. Cas du système de santé Français ²

1.3. Intérêts et limites de la contractualisation interne³ :

Après avoir essentiellement traité de la description de l'approche contractuelle jusqu'à présent, il nous semble maintenant opportun d'examiner les avantages et les limites observées pour les agences de santé.

Parmi les intérêts (avantage) : il est important de savoir que l'approche contractuelle représente un outil de :

- Contrôle des dépenses de santé.
- D'engagement en termes de responsabilité et d'implication de l'équipe soignante dans le processus.

¹LYDIE RIVALDI, op.cit. p.79

²Chiffres donnés lors de la parution du circulaire n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance.

³ LYDIE RIVALDI, op.cit. p.81

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

- De Fédération ; pour parvenir à une culture administrative et médicale commune (coopération entre ces deux cultures).
- De visibilité opérationnelle des services de soins (suivi détaillé des activités, des ressources, des dépenses).
- D'accompagnement des démarches (qualité –efficacité-performance) et d'évaluation des services produits par les différentes équipes techniques –médicales et administratives à différentes échelles.

Parmi les limites :

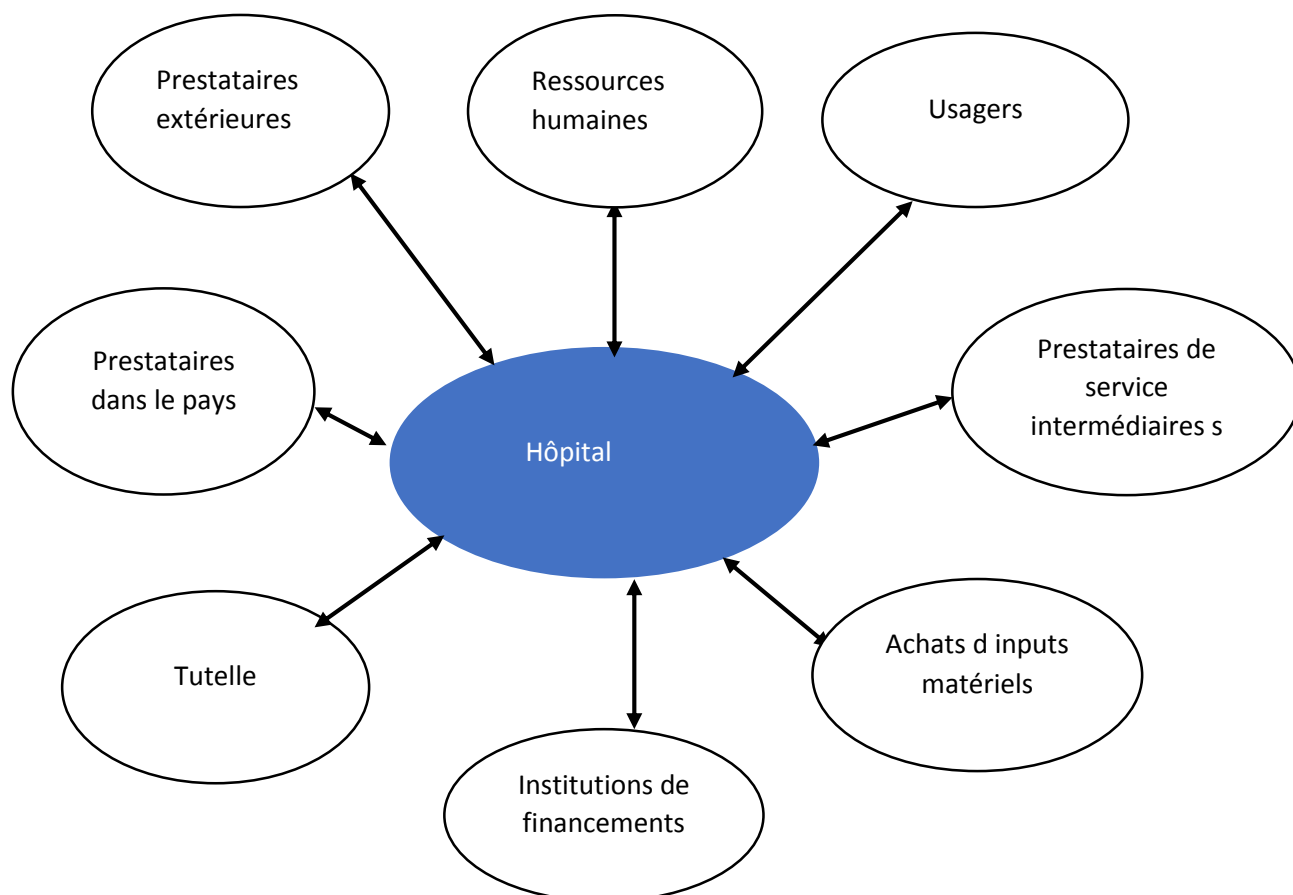
- La volonté réciproque des parties (services de gestion et de soins) de s'engager dans un contrat interne.
- Assurer la mise en place de centres de responsabilité avec une masse critique suffisante.
- veiller à ce que les dispositions relatives à la décentralisation soient conformes aux conditions législatives et réglementaires existantes.
- Fixer des objectifs réalistes, développer des systèmes d'information adaptés (tableaux de bord, développer des analyses de données).
- Respecter l'articulation entre le contrat cible et les moyens externes, l'établissement du projet et le contrat interne.

2. la contractualisation externe :

L'externalisation de la relation contractuelle ; concerne toutes les relations, contrats entre les hôpitaux et les participants extérieurs à l'hôpital. La contractualisation externe est rangée selon un axe vertical et un axe horizontal¹.

¹Mallak Meriem,op-cit.p.74

Schéma 1 : La relation externe dans les hôpitaux publics



Source : BENMANSOUR Sonia, op.cit., p.180

2.1. La contractualisation externe, source de redéfinition des responsabilités :

L'extension du contrat comme méthode de la relation entre les institutions et les autorités de contrôle peuvent rendre plus complexe le partage des responsabilités. D'un point de vue juridique, les responsabilités ne sont pas toujours clarifiées, ce qui réduit l'efficacité régulation nécessaire limitant la responsabilisation des acteurs. Le fait de la réglementation par contrat ouvre la mise en place de voies de recours en indemnisation contractuelle en cas de rupture du contrat par l'autre partie. Contrats (COM et accords tripartites)¹ peuvent être des facteurs atténuants de responsabilités si, il n'y a pas de sanctions en cas de manquement aux obligations. L'ARH² peut sanctionner financièrement un établissement sous dotation globale en cas d'inexécution des clauses du COM. Le COM du CH de Seclin prévoit ainsi la possibilité d'une révision du budget par l'ARH, mais également la suspension éventuelle des autorisations

¹ COM : Contrats d'objectifs et de Moyens (système de santé Français)

² Agence Régionale des hôpitaux

d'équipements et la suspension des créations de postes médicaux et paramédicaux. La sanction de l'inexécution d'une convention tripartite interviendra à son renouvellement. En revanche, la possibilité de sanctionner l'inexécution du COM par un établissement non soumis à dotation globale reste plus indirecte, des pénalités financières peuvent être inscrites au niveau national, dans le contrat national tripartite. Cela limite la responsabilisation des établissements et par-là même la portée du COM. Dans l'hypothèse inverse, au cas où l'ARH ne tiendrait pas ses engagements, le droit à réparation de l'établissement n'est pas assuré, puisque pour le Conseil d'Etat 30 un engagement financier pluriannuel n'a pas de valeur juridique.

Le bilan pluriannuel du CHU d'Angers montre que les engagements, notamment les engagements financiers de l'autorité de tutelle, pleinement respectés. Litiges juridiques en matière de respect des engagements, donc ne sont forcément à avoir peur. Ce que on attend de l'externalisation peut être privilégié par des procédures de contrôle rétrécissement¹.

2.2. Un Outil de gestion pour les établissements:

L'externalisation est un véritable outil de gestion et de management d'établissement de santé. En effet, Le contrat est un appui technique qui permet une redistribution importante des activités et Services. De même, le contrat participe à la qualification des agents par la formation. Il intègre tous les acteurs et les actions prioritaires émanant du projet de l'établissement. Certaines institutions sont autorisées à les localiser par l'assurance de la continuité des services qu'ils fournissent. Ainsi, le principe de base consiste en une négociation qui conduit à la mobilisation des Co- contractants autour d'un même projet avec des espaces prédéfinis.

Les étapes précontractuelles d'audit interne ou externe doivent être mises en œuvre dans la plus large façon possible. Dans les établissements médico-sociaux notamment, les représentants des usagers participent à l'auto-évaluation initiale. La prise en compte insuffisante de l'avis des acteurs lors d'un audit externe peut être préjudiciable à l'appropriation du projet².

¹ Joël CLEMENT et Jean-Marc, « La contractualisation : un nouveau mode de régulation dans les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ? », MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE, école nationale de santé publique, pp.10-12.

²Ibid. p.15

2.3. Un Outil de management pour les autorités de contrôle :

L'autonomie léguée à l'établissement de santé (privé ou public), est représentée sous forme de contrats et de convention tripartites. Il s'agit de la même méthode dans différents secteurs.

le Projet d'établissement génère des actions de création ou de modification (révision) des programmes sous le contrôle et la régulation des tâches et interventions des différentes instances afin de responsabiliser les organismes publics et privés en veillant sur les orientations suivantes¹ :

- Promouvoir le développement d'un projet institutionnel sain et réaliste qui intègre à la fois des structures publiques et privées.
- Déterminer les conditions de prise en compte des priorités et les moyens qui sont importants par redéploiement interne avec un accompagnement financier spécifique.
- Assurer une répartition équitable des ressources. Enfin recherche d'une plus grande autonomie dans le domaine du financement à moyen terme.

Nous avons mentionné que la contractualisation externe a deux axes (forme) :

✓ **La contractualisation horizontale :**

Il s'agit alors d'une contractualisation entre les acteurs qui sont au même pied, la théorie d'agence ici ne peut être pas invoquée avec intérêt et il n'existe pas une relation de dépendance hiérarchique. Il s'agit alors d'un partenariat avec dépendance mutuelle.

Dans la théorie économique, on fait référence à la théorie des jeux coopératifs. L'hôpital peut conclure d'autres contrats avec des organismes de santé autres que ce soit au niveau national ou international².

¹Joël CLEMENT et Jean-Marc LHUILLIER, op.cit.p.15

²CHEURFA & KAÏD TLILANE, LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES, Economie & Société N° 10 / 2014, p.77

✓ La contractualisation verticale :

Il s'agit alors d'une contractualisation entre les acteurs qui ne sont pas classés au même niveau hiérarchique, la théorie d'agence ici peut être invoqué avec intérêt, quand l'acteur concerné se situe en tant que « **principal** » on parle de contractualisation verticale en amont(avant), et quand l'acteur concerné se situe en tant que « **agent** »on parle de la contractualisation verticale en avale (après)¹.

3. La contractualisation externe verticale en « aval »et en « amont »²

3.1. La contractualisation verticale en aval:

Les relations qui sont développées dans la contractualisation verticale en aval dans l'hôpital se développent avec l'acteur, en lui donnant les moyens dont il a besoin pour produire. Cela implique un effet de contribution de base à la fois physique et humaine ; mais cela se traduit aussi une allocation des services intermédiaires pouvant couvrir les activités statistiques, administratives et sanitaires.³

¹CHEURFA & KAÏD TLILANE, 2014, op.cit. p.76

²Jean perrot et Erik de roondenbek, la contractualisation dans les systèmes de santé, pour une utilisation efficace et approprié, édition Karthala, 2005, pp.246-261

³Ibid.p.246

Tableau 1 :Les possibilités offertes selon la nature de l'objet de contrat et le statut de l'hôpital

Propriétés	Publics (états, collectives locales)				Privés	
Gestion	Directes	Déconcentrés	Autonomies	Gestion délégué	directe	Directe avec association
Inputs matériels	Contrat d'approvisionnement établis selon les codes des marchés publics			Contrat d'approvisionnement établis selon les codes des marchés privés		
Ressources humaines	Fonction publique		Fonction publique et marché de travail		Marché de travail : contrats de travail privé	
Services intermédiaires	Pas toujours autorisé gérés par l'administration	Dépend de la délégation de signature	Contrat des services peut couvrir un large champ		Sans contraintes : contrats de service	

Source :Jeane perrot et Erik de roondenbek, op-cit.p.246.

Pour assurer la production des sévices, l'établissement de santé doit combiner certain inputs :

- **Les Inputs matériel :**

L'hôpital est assuré d'avoir plusieurs biens matériels (médicaux et chirurgicaux) et aussi les consommables divers (eau, électricité, téléphone..) par les contacts d'approvisionnement¹.

- **Ressources humaines :**

Dans la contractualisation, pour la bonne gestion des ressources humaines, deux volets sont très importants, d'une part la contractualisation des services doit être prise en compte en relation avec la politique des ressources humaines. La sous-traitance de prestations logistiques

¹Jeane perrot et Erik de roondenbek,op.cit. p.246

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

implique le redéploiement d'une façon optimale et satisfaisante des agents qui réalisent ces tâches. La fonction publique n'est pas toujours capable de fournir les emplois qui sont nécessaires et qui réalisent toutes les activités, du coup, cela conduit les établissements à chercher des compétences sur le marché privé. Les conditions d'emplois qui sont traduites par les contrats tout comme les tâches confiées aux salariés (pour tous recours au marché de travail), les activités en ce qui concerne la complexité et la nature auront un effet sur le choix du contrat de travail avec l'hôpital ou d'opérer des contrats extérieurs avec des entreprises de management pour l'acquisition de divers services¹.

- **Les services intermédiaires :**

La relation contractuelle peut être établie entre les hôpitaux et les prestataires spécifiques. Elle peut porter sur différents aspects, à savoir² :

- ✓ **Prestations non médicales :**

Les hôpitaux peuvent donc signer des contrats avec un ou plusieurs prestataires externes, pour l'entretien des locaux, pour la maintenance des équipements (médicaux ou non médicaux) et pour le rétablissement des patients.

- ✓ **Prestations de services médicaux :**

C'est la sous-traitance pour certains services médicaux (examens de laboratoire ou radiologie) au lieu que l'hôpital leur fournisse par leurs propres moyens. En outre, les hôpitaux peuvent également utiliser plusieurs contrats de service avec différents praticiens

- ✓ **Gestion de l'hôpital :**

Comme les petites entreprises, la gestion d'un hôpital peut être cédée à des prestataires externes.

3.2. La contractualisation externe verticale en amont :³

L'hôpital agit en tant qu'agent, avec divers principaux organismes : organismes de réglementation (ministère de la santé, collectivités locales), organismes financeurs (assurance

¹Jean Perrot et Erik de roondenbek, op.cit.p.247

²CHEURFA & KAÏD TLILANE,op.cit.p.76

³Ibid.p.76

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

maladie), usagers (associations consommateur ou patient). Chacune de ces agences négociera sa relation avec l'agent qui est l'hôpital¹.

Tableau 2 : Possibilité de recours à la contractualisation verticale en amont :

Propriété	Publique (états, collectivités locales)			Privée		
	Directe	Déconcentrée	Autonomie	Gestion déléguée	Directe	Directe avec association
Autorité de tutelle	Sans objets aux contrats internes		Recommandé	C'est le contrat de délégué qui le prévoit	Sans objets	C'est le contrat d'association qui le prévoit
Usagers de l'hôpital	L'administration préfère les liens réglementaires (charte)		Relation contractuelle spécifiques avec des associations avec des clientèles particulières			

Source :Jean Perrot et Erik de roondenbek,op-cit,2005,p254

- **La contractualisation avec les autorités de tutelles :**

Ce modèle de la contractualisation dépend du type de propriété, de la structure hospitalière et du type de gestion adoptée² :

- ✓ **Les hôpitaux publics à gestion directe ou déconcentrée:**

Ces hôpitaux relèvent directement de l'autorité publique chargée de la santé (États ou collectivités locales), donc il ne sera pas en question de tutelles .dans le cadre de nouveau publique management qui propose le recours à la contractualisation interne entre les administratifs, cette dernière cherche la bonne gestion et l'amélioration des ressources budgétaires et humaines, ces contrats cherchent la performance dont des « contrats de performance ».

¹ Jean Perrot et Erik de roondenbek, op.cit. p.254

² Ibid.

✓ **Les hôpitaux privés sans association :**

Ces hôpitaux n'ont pas les tutelles mais y avait des liens qui se relèvent du champ control .les Hôpitaux privés sont en relation avec leurs obligations légales. Il n'existe aucun lien contractuel entre eux, dans le cas où ils ne s'inscrivent pas des activités négociées avec les pouvoirs publics¹.

✓ **Les hôpitaux publique en gestion délégué et les hôpitaux privée en association avec l'état :**

La gestion délégué pour les hôpitaux publique et les associations pour les hôpitaux privés qui sont établis par les autorité publique ,le contrat de la gestion de délégué doit être bien détaillé pour déterminer les modes de relations avec les autorités de tutelles,dans le cas où ce contrats de gestion concerne que les modèles de cette déligation,donc l'hôpital sera obligé d'inscrire dans les devoirs et les règles des établissements de santé qui assure le service public . le contrat d'association avec l'autorité publique par objectif de mettre en pratique aux hôpitaux privé les règles qui gouvernent les liens entre les hôpitaux public et les autorités tutelles².

• **La contractualisation avec les organisations financières assurant le partage de risques :**

Au moment où les prestations qui sont fournies aux usagers seront facturées, des mécanismes importants qui il faut prendre en considération pour le partage des risques. les institutions qui font ce partage sont de nature déférentes (les assurances privés ou nationale, institutions mutualiste), ces institues ont plusieurs forme, par exemple dans les pays à faible revenue le terme qui les désigne c'est « l'assureur » quand la forme de mécanisme assurantiel n'est pas utile .Comme ces institues sont dotées d'une personnalité juridique elles ont un pouvoir qui est en lien au volume financier. Ils utiliseront leur pouvoir en négociant avec les fournisseurs de soins de santé au nom de leurs clients pour leur bénéfice. Elles peuvent le faire directement avec des prestataires privés, ceci est plus difficile pour les prestataires de services sous la tutelle directe du ministre de la santé, qui doivent négocier avec cet interlocuteur, mais les hôpitaux autonomes tel que l'hôpital publique a gestion déléguée trouvent des interlocuteurs qui ont la capacité juridique de signer la convention sans la tutelle du ministre de santé ,ces

¹ Jean Perrot et Erik de roondenbek, op.cit. p.255

² Ibid.p.255

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

hôpitaux sont capable de négocier directement avec ces institutions de financement et faire des contrats qui seront avantageux pour ces parties .quand un système nationale obligatoire sera pas existé , il faut que le ministre de santé joue son rôle du régulateur pour définir un cadre de la contractualisation et aussi pour éviter ces disparités , les pouvoirs publique assurent le respect de l'égalité devant le service public¹ .

- **La contractualisation avec les usagers :**

La qualité des services hospitaliers est liée à l'acceptation de l'hôpital par les usagers, en fait, au moment de la justification technique, il n'y a aucune raison pour qu'un établissement prodigue des soins à un patient si le bénéficiaire n'est pas satisfait. Selon, l'OMS la « réactivité » contient ces objectives² :

- ✓ On souhaite de déterminer un système de responsabilité réciproque aux doubles bénéfices de l'hôpital et de patient dans une relation (client et fournisseur) mobilisée par l'arrangement contractuelle.
- ✓ Le respect des patients et leur protection (l'éthique et l'information de malade) par la mise en place des réglementations qui obligent les établissements de santé.

3.3. Les avantages et les principes de la contractualisation :

3.3.1. Les principaux avantages de cette approche contractuelle sont³ :

- ❖ Réorganisation du rôle de l'État dans son intervention de régulateur (fonction principale du rôle de l'État) pour faire respecter et encadrer des relations contractuelles plus propres et plus saines, et explicitement pour arbitrer les différends et les litiges, notamment en facilitant et en renforçant les règles du marché (concurrence bénéfique), et minimiser l'effet néfaste du "libéralisme inclusif".
- ❖ Repositionnement des agents du système de santé dans leur occupation première, c'est-à-dire "allouer les meilleures prestations de soins possibles » et, par conséquent, se concentrer (spécialiser) sur les activités techniques et scientifiques de base, le

¹ Jean Perrot et Erik de roondenbek, op.cit. p.259

² Jean Perrot et Erik de roondenbek, op.cit. p.261

³Pr.lamri.larbi, La contractualisation mode opératoire de régulation des systèmes de santé, économie de santé, la presse médicale, Mardi. Juillet 11. 2017,

gardienage, le transport, la nourriture, certains hébergements non médicaux, l'hygiène, le vert traitement de l'espace, etc. que).

- ❖ Les relations contractuelles entre « producteurs, soignants et « prestataires d'activités complémentaires » évoluant dans le cadre du « partenariat » avec ses effets bénéfiques de coopération et (de synergies sectorielles).

3.3.2. Les fondements du système contractuel :

Les fondements sur lesquels repose le système contractuel sont les suivants :

- A. Décentralisation de décision : A propos du développement de la gestion institutionnelle à la lumière de l'économie de marché, et de l'adoption que la gestion des structures de santé ne s'arrête pas. L'approche contractuelle des établissements de santé place la prise de décision parmi les priorités de la réforme, et en conséquence, et me fait dire que la source de la décision est toujours d'ordonner aux travailleurs d'être issus du contenu de la convention collective entre tous les institution (médecins, paramédicaux et administratifs) chacun s'intègre en fonction de son métier pour apporter ce qu'il juge bon à la réussite et à l'accomplissement d'établissement pour ses objectifs, et ce afin d'éviter des décisions supérieures ou arbitraires qui pourraient nuire à l'établissement et à ses employés. A pour effet de motiver les salariés à améliorer les conditions de production des services de santé, et par conséquent elle peut être considérée comme un mécanisme de gestion participative il relie les centres de responsabilité avec la direction de l'établissement, afin qu'ils déterminent les objectifs qu'ils veulent atteindre.¹
- B. Détermination des objectifs et des moyens matériels : Nous lançons le système contractuel à partir de la définition et de la conclusion d'un contrat interne conforme aux objectifs présentés par les financeurs et les travailleurs sociaux, et cette contractualisation interne à l'établissement est organisée et coordonnée entre les différentes agences de décision. Tout le monde se réunit pour discuter les objectifs souhaités, et chacun d'eux s'engage à remplir ses obligations, et en conséquence, le projet départemental est présenté ou intérêts, qui devraient être soumis à des mesures connues de l'évaluation de l'efficacité du projet comme² :

¹, p.11, د. عناية. باجي مختار, عناية. د. 11, p. 11, بن حليلة حميدة و لنظام التعاقدى واصلاح المؤسسة الاستشفائية, قسم علم الاجتماع بجامعة باجي مختار, عناية. د. 11, p. 11, بن حليلة حميدة, 2, op.cit. p.12

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

- Le projet doit avoir des objectifs clairs et simples, tels que : Réduire les séjours d'hospitalisation
- Les objectifs doivent être précis et limités, comme réduire le taux de mortalité néonatale de 30 % à 15 %
- Déterminer le pourcentage d'atteinte des objectifs et déterminer la marge d'échec, par exemple : Le pourcentage d'atteinte des objectifs, si les conditions sont remplies, est estimé à environ 90 %c'est –à –dire toute marge de dépense d'environ de 10% de pourcentage requis.

C. Vision et communication fédératrices :

Pour la réussite du projet de l'entreprise dans le cadre du système contractuel, il est nécessaire de travailler dans une atmosphère d'unification des objectifs et de convergence des idées¹ :

1. Le rôle de la communication horizontale et verticale est mise a profit entre tous les segments de travailleurs et d'employés exerçant au sein de l'organisation.
2. Le mur de séparation entre les différentes composantes de l'établissement de santé doit être supprimé : administration, médecins, paramédicaux, d'une part, et le fonctionnaire administratif, le chef de département, et le chef de département, d'autre part.
3. Unification de la vision et de la communication, les usagers ne pouvant, au vu de ce qui a été stipulé par l'administration en matière de projets, nécessairement déboucher sur des projets.
4. Tout service public ne puisse réussir à remplir sa mission en l'absence d'une utilisation optimale et rationnelle de ses ressources humaines et d'un travail continu dans l'objectif d'améliorer l'efficacité et la qualité des services proposés

¹op.cit. p.13 بن حليمة حميدة.

Section 03 : la contractualisation externe dans les hôpitaux algériens

En 1993 la loi de finance a défini le principe de la contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé comme un nouveau mode de financement des activités de soins, remplaçant le « Forfait-Hôpitaux », ils précisent également que les dépenses de Prévention, formation, recherche médicale et les soins prodigués aux personnes indigentes qui ne sont pas assurées par la sécurité sociale sont prélevées sur le budget de l'État.¹

1. La logique concernant la contractualisation en Algérie :

La contractualisation externe en Algérie est limitée à l'achat des services. Par conséquent, ces contrats ne concernent que la relation entre les deux parties, l'établissement public de santé, organismes de sécurité sociale (titulaires de fonds) et DAS. L'objet de ces relations contractuelles sont des méthodes principalement impliquées dans les services de financement accessible aux titulaires de la Sécurité Sociale. En nom des assurés, les caisses de la sécurité sociale achètent les services de santé, ainsi les prestations servies aux assurés sociaux et aux personnes démunies facturées par les hôpitaux publics aux organismes de sécurité sociale, le paiement de ces prestations se fait avec le forfait hospitalier.²

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 finance. 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.³

1.1. Les entités concernées par la contractualisation en Algérie :

- l'hôpital public :

Elle fait face à des difficultés de gestion et à de fortes contraintes financières. Cela lui a donné une forte envie de se restructurer et de se recentrer sur son activité principale.

¹Saada Chougrani, La contractualisation et l'information : défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie, *Insaniyat / إنسانيات*, 6 | 1998, p.1

² SAADA CHOUGRANI, MILOUD KADDAR, Expérience de la contractualisation Dans le secteur de la santé en Algérie, *Journal d'Économie Médicale* 2010, Vol. 28, n° 5, p.181

³CHEURFA Taous, op.cit.p.78

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

L'expérience des contrats de maintenance de matériel médical (anciennement ENEMEDI ou SIDAL... et aujourd'hui avec le secteur privé) ou l'expérience de la sous-traitance de restauration, ou encore la volonté de se dessaisir d'autres fonctions logistiques en témoignent. Peu à peu, elle repositionne soigneusement son discours sur la qualité des soins et l'évaluation de l'activité. Cependant, il est toujours « accusé » de consommer des ressources sans compensation. Les statistiques nationales de santé pour 1997 montraient que le taux moyen d'occupation des lits dans le secteur public national était de 51 %, ce qui équivaut à un manque à gagner de 9 447 393 journées d'hospitalisation par an !, ne pouvant faire face à des charges de travail de plus en plus intensives, les managers et les praticiens se demandent de financer différemment des activités de soins de plus en plus coûteuses. Cependant, la principale question qui reste à résoudre est de savoir si le personnel adhère à ce processus d'évolution des relations avec les activités et le financement. La manne financière n'existe plus, l'activité ne dépendra ni de la notoriété ni des règles du programme. En tant que ressource principale, les professionnels revendiquent des motivations différentes. De nouvelles considérations ont émergé : la formation et le maintien des savoirs, le statut professionnel, les projets des participants et les projets de l'organisation en termes de projets d'activité. En fait, tout cela constitue les germes d'un projet d'établissement qui définira les orientations politiques futures, même si le dernier règlement (statuts) de l'établissement de santé publique de décembre 1997 est en deçà de ces attentes.¹

- **La sécurité sociale :**

Elle fait face à d'énormes déficits : effondrement du marché du travail, inflation, prix de la médecine a le vent en poupe... Pour elle, l'utilisation des ressources disponibles dans les meilleures conditions et se positionner en tant qu'acheteur des services le plus efficace et le moins cher. La sécurité sociale a confronté des problèmes techniques et scientifiques comme : le choix des normes, des standards et des coûts de référence. L'expérience de contrat entre la sécurité sociale et les services de santé qui sont hautement spécialisés visant à réduire les transferts à l'étranger n'a pas assez de recul être évaluée objectivement.

¹Saada Chougrani, op.cit. pp.2-3

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

Au lieu de cela, nous avons vu une forte réduction du nombre de transferts, sans nous avoir également des informations, ni sur le support local, ni sur L'avenir des patients non transférés et devant être traités et soignés en Algérie.¹

Tableau 3: 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 31Aout 2008.CHEURFA Taous, op.cit., p.79

Le forfait hospitalier ne cesse d'augmenter, Environ 6% en moyenne par an. En effet, le montant du forfait hospitalier est en progression de19% en 1984, 50% en 1994, 135% en 2004 et enfin Près de 175 % en 2008. Cependant, on remarque une stabilité dans le Montant forfaitaire ces dernières années. Même les compagnies d'assurance ont compte tenu de ce changement de forfait hospitalier, d'où là le problème du financement des structures publiques de protection sociale.²

¹ Ibid.p.3

² CHEURFA Taous,op-cit.p.79

➤ En ce qui concerne la sécurité sociale et l'hôpital public :

Les forfaits hospitaliers constituent des charges qui peuvent entraîner le déséquilibre financier des institutions de sécurité sociale. D'une part, cette situation est due à hausse continue de ces forfaits et d'autre part, il manque d'autres sources de financement. Cette préoccupation Cette inquiétude s'accompagne de l'insatisfaction des caisses d'assurance face au niveau du service rendu aux assurés.¹

Le forfait hospitalier est souvent jugée insuffisant. Cela est dû au grand nombre de patients assurés. Ce problème provient principalement du fait de ne pas préciser la catégorie de malades (assurés sociaux, indigents, autres). Actuellement, tous les patients sont considérés comme "assuré sociale ". Et donc, l'augmentation continue des dépenses hospitalières est devenue un coût que l'hôpital doit endurer.²

À cette fin, la contractualisation est essentielle en tant qu'outil pour faire face à ce problème qui dépend principalement des méthodes de financement hospitalier par la Sécurité Sociale.

2. Quelles sont les étapes et le processus de la mise en œuvre de la contractualisation en Algérie ?

Des En 1981, l'une des premières mesures a été d'introduire dans le secteur public le principe de participation financière du patients non hospitalisés, limité aux frais d'exploration Biologique et imagerie a 20% du tarif déterminé par la nomenclature officielle, Il a été prolongé en 1995 pour couvrir les frais de séjour,hotelrie,restauration et la consultation de médecin générale et spécialiste. Ces mesures ses propres revenus ont été générés au sein des établissements publics de santé et ont gonflé l'augmentation relative de la proportion des ménages dans le financement des soins de santé induite également par la croissance du secteur médicale privé³.

Cinq phases (étapes) qui sont distinguées dans le processus de la contractualisation en Algérie depuis 1993 :

¹ CHEURFA Taous, Op.cit. p.79.

²FOUDI Brahim, op.cit.p.134. CHEURFA & KAÏD TLILANE, op.cit., p.80

³ SAADA CHOUGRANI ET MILOUD KADDAR, op.cit. p.186

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

L'étape d'appropriation et de prise de conscience de la démarche entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins .Selon les conclusions du conseil interministériel du 21 mars en 1995 ,un comité interministériel chargé de la contractualisation a été mis en place le 10 avril 1995.le comité est composé des représentants suivants¹ ;

- ✓ 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 de nos salariés (CASNOS).
- ✓ De la caisse nationale des assurances sociales (CNAS).
- ✓ De gestionnaires d'établissements publics de santé.

B. Phase de structuration de la réflexion et d'expérimentation de 1997 :

Cette étape est celle de la construction de la réflexion et du début d'expérience. Une série de mesures ont été envisagées notamment l'installation d'une cellule CNAS a pour but de contrôler la qualité des assurés travailleurs social ou bénéficiaires (ayant droits), et de vérifier à partir des dossiers médicaux conformité des prestations reportées dans les notes de frais d'hospitalisation. Aussi, les Consultants et les professionnels sont invités à participer pour renforcer les capacités des personnels des bureaux des entrées au niveau des établissements de santé².

C. Phase de mise en œuvre des premières recommandations :

Il s'agit de la première étape de la mise en œuvre des recommandations. Les travaux du comité portent principalement sur l'élaboration et la mise en œuvre de lieu d'appui à l'information et à l'évaluation, réhabilitation du "bureau d'entrée" au niveau des établissements publics de santé et définir les procédures d'acceptation, d'admission et de paiement des patient. des procédures de formation et de sensibilisation des professionnels est organisées sous la

¹ CHEURFA & KAÏD TLILANE, op.cit.p.81

² SAADA CHOUGRANI ET MILOUD KADDAR, op.cit.pp.186-188

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

houlette de six agences pilotes pour la phase "Test", En fait, le 9 septembre 1997 ,la Mise en place du processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico- administratif du patient au niveau de six établissements public de santé a été officialisée ¹.(*CHU : Mustapha et Tizi Ouzou* EHS : Ait Idir, El Kettar et CPMC* Secteur sanitaire de Médéa)². Les difficultés majeures que le processus avait vues pendant le développement c'est :

- ✓ 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 chargées de renseignées 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.
- ✓ Le défaut d'identification les démunis non assurés sociaux.

Les principales recommandations du comité interministériel c'est :

- ✓ Qualification du "Bureau d'Entrée" au niveau de tous établissements de santé publique.
- ✓ Mise en place et diffusion des médias Standardisé (demande d'hospitalisation, formulaire d'admission, fich navette).
- ✓ L'informatisation progressive des fonctions et procédures du« bureau des entrées ».

Les premiers résultats de cette expérience ont conduit à la réalisation d'une étude sur le budget de l'Etat, initialement allouée au CENEAP1998, qui a présenté son rapport final en juin 1999. Les résultats de cette étude ont principalement confirmé les décisions et soutenu recommandations du comité interministériel. En 2000, une étude du Sophnal. A proposé de maintenir le « forfait hôpitaux » comme moyen de financement des établissements de santé

¹ Chaouch A.: Symposium sur le mouvement mutualiste en Algérie, Alger, 15 -16 octobre 2009

²CHEURFA & KAÏD TLILANE, op.cit. pp.81-82

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

publics mais cela insister sur l'introduction de critères plus précis concernant l'attribution des sources. Cette allocation de ressources se reflétera dans la répartition de l'enveloppe financière arrêtée par région et par wilaya.¹

D. Phase de coordination interministérielle dès 2002 :

En 2002, le Comité interministériel s'est penché sur le développement de de nouveaux modes de financement dont le but ultime est de préserver l'équité et l'accès aux soins pour toute la population. Ces styles de financement Sont les prix moyen de la journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie².

- **Prix moyen de la journée d'hospitalisation :**

Les factures seront établies conformément à ce mode de paiement sur la base de prix moyen d'une journée d'hospitalisation par type d'établissement et Selon le groupe de spécialités homogènes. De plus, la nécessité d'une évaluation périodique de ce type de paiement doit permettre une meilleure compréhension et standardisation par les établissements publics de santé la durée moyenne de séjour. Ce paramètre permettra également d'évaluer la performance des organisations de Santé et de faire des comparaisons entre différentes structures en vue de de la simulation vers l'efficience et l'efficacité

- **Le forfait par pathologie :**

Il s'agit d'un processus qui prendra plus de temps à compléter. Elle Nécessite déjà le recours à un travail d'expert qui devrait conduire à développer un consensus thérapeutique par la pathologie. Ce mode de financement est basé sur des références médicales consensuelles basées sur des normes scientifiques et professionnelles objectifs. Les mesures diagnostiques et thérapeutiques adoptées par des groupes d'experts seront utilisées à évaluer les forfaits par pathologies auxquels s'ajouteront les forfaits hôtellerie et restauration

. Le rapport du 31 décembre 2002 propose une première tâche de mise en œuvre en simulant la facturation basée sur le coût moyen d'une journée d'hospitalisation par type d'établissement et selon un groupe de spécialisations homogènes, dix établissements de santé ont été sélectionnés :

5. CHU : Constantine, Mustapha, Blida

²CHEURFA & KAÏD TLILANE, op.cit.pp.83-84

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

6. EHS : El Bouni, Erriadh
7. Secteurs Sanitaires : Médéa, Arzew, Ain Turk et Ouarg

De plus, l'équipe de travail a fait venir aux représentants du Ministère du Travail et de la Solidarité Nationale de déterminer avec précision et justesse la proportion de patients défavorisés démunis qu'ils puissent bénéficier de subventions et d'aides de l'État, et en être exclus cette partie n'est ni assurée ni défavorisée par l'application de détermination précise de l'état du patient¹. Le programme d'action 2004 porte sur ²:

- ✓ Généralisation de la démarche à tous les établissements des services de santé publics, en ce qui concerne, notamment, le soutien d'une gestion unifiée et certifiée
- ✓ Définir et mettre en œuvre un programme de formation en gérant tout le personnel impliqué dans le processus.
- ✓ La généralisation de l'utilisation de l'informatique dans 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.

En Outre la promulgation du décret exécutif n° 04/101 du 01 avril 2004. Aborde les modalités de la contribution financière des organismes de sécurité sociale pour le financement des établissements publics de santé .Les principales dispositions de ce décret sont:

- ✓ Les institutions de sécurité sociale commenceront à payer contribution financière annuelle aux budgets institutionnels en tranches trimestrielles, basée sur les informations fournies par eux. Cette information concernant l'identification des assurés ou de leurs ayants droit à (l'hospitalisation, service, durée du séjour, nature et montant des services fournis).
- ✓ Le contrôle médical intervenu par les organismes de sécurité sociale.
- ✓ L'obligation des organismes de sécurité sociale de mettre en œuvre« Develop Clinical Hospital Services »qui vise à faciliter et reconnaître l'ouverture du droit aux soins.

¹ Décret exécutif N°04-101 du 01 avril 2004

² CHEURFA & KAÏD TLILANE, op.cit.pp.85-86

- ✓ Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation de tendance de la population sur le contenu et les objectifs de l'approche par les secteurs concernés.

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

A la fin de 2004, le ministère de la Santé a estimé que cette étape de l'expérience est terminée et il est possible de faire une généralisation de la relation contractuelle depuis début 2005. Pour y parvenir, deux comités centraux sont installés. L'un est responsable de la nomenclature des Actes et autres est concerné de la tarification .Ces comités sont placés, sous l'autorité de ministre chargé de la santé pour élaborer et de réviser la nomenclature, et sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale, qui a pour mission de proposer des tarifs de la responsabilité pour les actes professionnelle. Cette approche de généralisation portera sur l'organisation et le fonctionnement des bureaux d'entrée, le recueil des informations de base pour évaluer les activités hospitalières et l'identification de l'état sociale des personnes admises à l'établissement de santé publique.

En 1985 la nomenclature comprenait 1800 actes, Et pour la nouvelle codification, en 2007, comprend près de 8000actes, plus d'une augmentation de 400 % du nombre d'actes médicaux et chirurgicaux et d'imagerie. Les Négociations au sein du comité de la tarification qui devait remplir sa mission le premier trimestre de 2008, n'ont pas fonctionnées à ces jours, les désaccords sur les niveaux de tarification et donc sur la sécurité des dépenses qualité sociale et le potentiel des revenus de professionnels et structures de santé ont été tellement importants qu'il a fallu demander l'intervention de tribunal arbitrage qui n'a pas encore décidée¹.

Par ailleurs, en 2007, le ministère chargé de la sécurité sociale a mis la carte "Al-CHIFA" en circulation. Cette dernière est une carte à puce qui permet à identifier l'assuré et ses ayants droits au moment où l'assuré bénéficie de prestations de sécurité sociale ,les bénéficiaires du système tierce payant peuvent présenté leurs carte CHIFA chez le médecin ,dentiste, les pharmacies, les hôpitaux et les différents établissements de santé .pour avoir un traitement gratuit en ce qui concerne les soins et les médicaments sans paiement. En revanche, d'autres catégories d'assurés depuis août 2011peuvent bénéficier des avantages de la carte CHIFFA et ne paieront que20% du montant de la prestation ou de la prescription. La carte

¹ . SAADA CHOUGRANI ET MILOUD KADDAR, op.cit. pp.189-190

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

CHIFFA est une nouvelle forme de relation des relations entre la sécurité sociale, les assurés et les prestataires de soins¹.

En 2014, un autre décret exécutif a été publié (Décret exécutif n° 14-106 du 12/03/2014). Celle-ci prévoit la suspension des établissements publics Pour un système incluant la comptabilité publique qui suit les Opérations liées à la situation financière, au patrimoine et à la trésorerie, Comptes budgétaires montrant les opérations budgétaires et une Comptabilité analytique a pour but de permettre le calcul de divers coûts pour services fournis²

3. Les objectifs concernant la contractualisation en Algérie :

La contractualisation est au cœur de la politique du pays, elle joue un rôle fondamental de la réforme d'hôpital. Les objectifs visés par le contrat sont :

3.1. Maîtriser les dépenses : on parle ici d'efficacité et d'efficience :

L'efficacité ça veut dire la réalisation de tous les objectifs et l'efficience c'est la réalisation des objectifs a moins couts L'hôpital doit donc atteindre tous ses objectifs le moins possible et promouvoir cette idée. D'une part, en établissant un modèle de financement par la sous-traitance et, d'autre part, en allant vers la libre initiative et la libre concurrence, ce changement

Produirait trois résultats importants³ :

- Exactitude du financement : afin qu'il soit fondé sur des données exactes montrant tous les services.
- Possibilité d'établir des ratios ou des taux de dépenses à des fins de comparaison, ces taux peuvent être globaux, nationaux ou même local, par exemple : combien il en coûte pour prendre soin de X en Grande-Bretagne, en Algérie entre A et B, Ensuite, vous pouvez découvrir quels corps hospitaliers sont les plus gratifiants et donc les stimuler.
- Initiative libre et concurrence : Inciter les organismes publics à réfléchir à la façon d'améliorer la qualité d'un service.

¹ CHEURFA & KAÏD TLILANE, op-cit.p.86

²Lila Ziani, Farida Ziani, « la contractualisation dans le secteur de santé en Algérie », revue les cahiers du poire, volume : 10/ N° :01(2021), p.47

³بن حليمة حميدة, Op.cit. p15

Chapitre (I) :Aspect théorique et notions de base de la contractualisation

Pour cela l'approche contractuelle par laquelle le secteur public contrôle ses dépenses par¹ :

- Diagnostic des coûts : non seulement est-il suffisant de connaître le coût total qui signifie l'ensemble de l'entreprise, mais doit également connaître le coût

Travail le plus bas à l'hôpital, on parle ici de la décentralisation au sein même de l'institution, en déléguant au premier responsable le pouvoir de tenir et de préparer le budget de chaque établissement, afin d'obtenir des estimations plus précises des attentes et de la motivation du personnel.

- Rationalité des dépenses : optimisation des ressources disponibles de nouveaux avantages comme l'orientation vers l'arrangement contractuel avec des collaborateurs extérieurs l'établissement de santé afin de réaliser certaines actions qui réduiraient les charges financières et de gestion.
- Utilisation d'indicateurs de santé : comme le taux d'hospitalisation, car les résidences d'hôpitaux ne peuvent pas être ignorées dans l'augmentation des dépenses dans ce cas, le traitement doit être rationalisé et utilisé de manière ordonnée pour la famille au sein des services médicaux
- Gestion rationnelle des ressources humaines : en préparant une ventilation précise des fonctions de chaque fiche de poste. Cette division permet l'évaluation de la performance de chaque utilisateur et est également un moyen de motivation pour offrir le meilleur des activités. Alors, elle exige le développement des connaissances des utilisateurs afin qu'ils soient en mesure d'exécuter les tâches assignées en les qualifiant par la formation continu pour adapter leurs connaissances aux connaissances modernes et aux exigences du changement.

¹¹بن حليمة حميدة, Op.cit..p.15

3.2. Améliorer la qualité des soins :

La nouvelle orientation tend à ouvrir la quasi-totalité des domaines aux initiatives privées, cette question créerait une concurrence sévère entre le secteur public et privé ,surtout la lumière de la prise de conscience croissante du citoyen, qui a fait naitre en lui le désir de percevoir tous ses droits et de ne pas surmonter tous les obstacles à cela, surtout s'il s'agit de sa santé, les champs qui lui sont ouverts du secteur public ,secteur privé et parapublic font lui un client qui a le droit de choisir celui qui lui fournit le meilleur service de santé, y compris les nécessiteux ,qui est garanti par l'état et de ne peut ignorer le statut médiocre de service de santé que l'hôpital lui donne¹ .

3.3. Transparence dans les relations des institutions de santé publique avec leurs bailleurs de fonds :

Le système de paiement pénal a été caractérisé par l'imprécision de ces relations et l'absence de relations directes entre les fournisseurs de services de santé et ses bailleurs de fonds, puisque le problème de la gestion des cotisations des travailleurs sociaux par les caisses d'assurance sociale n'est toujours pas résolu. Les crédits résultant des prélèvements obligatoires ont été affectés non seulement dans leur totalité au service de santé, mais aussi aux dépenses gestion de ces fonds (salaires, frais de contentieux, financement des investissements)

L'utilisation par les institutions de santé publique des montants reçus de la sécurité sociale n'est pas non plus claire. Sa bonne utilisation, lorsque la contribution de l'État, qui est socialement assurée et non assurée, en bénéficie; et désavantagés et aisés. Avec l'approche contractuelle, le réseau de relations émergentes dans le système de financement de la santé et de la réglementation ne sera pas clair. Et la précision sur elle. L'établissement hospitalier fournit toutes les informations nécessaires sur ses compagnons et les soumet à l'autorité responsable de leur financement. (Fonds de sécurité sociale, Directions des activités sociales, Particuliers) qui à leur tour paient pour les services bénéficié de la catégorie de son système de couverture, qui repose sur des bases précises et pré-convenues par tous les acteurs².

3.4. Contrôle du système de santé :

La crise du système de santé et la volonté de se restructurer conduisent nécessairement à considérer les structures de santé qui existe, qu'elle soit publique ou privée, et leur emplacement

¹بن حلیمة حمیدة¹ Op.cit. pp.16-17,

²Ibid.p.17

et leur statut en vertu de ce système et leurs fonctions en vertu de ce système. Circonstances, la passation de marchés permet à l'État d'adapter et de moderniser le système de santé. La fusion du secteur privé dans le système de santé.

Il éliminera tous les obstacles qui existent depuis un certain temps entre le secteur public et le secteur privé dans le domaine de la santé. Grâce à l'intégration de ces deux secteurs, l'État peut contrôler l'ensemble du système de santé et travailler à son harmonie, et Le pays aime donc investir dans les domaines de la santé¹.

3.5. Respect du principe de prestation de soins (traitement) :

Le système de santé souffre de déséquilibre dans l'offre de soins (traitement) de zones spectaculairement mobilisées. Ces structures de santé et les professionnels de la santé spécialisés par rapport à d'autres domaines où ces choses médicales peuvent ou ne peuvent pas être réduits et, en outre les disparités démographiques, sanitaires, culturelles, sociales et économiques, qui affectent la demande de soins et, par conséquent, sur le principe de gradation. À ce titre, le contrat est un moyen de tracer les perspectives de développement du système de santé, notamment en termes de programmation des travaux, de résultats et de suivi. Les capacités particulières de réalisation d'œuvres programmées qui se forment en elles-mêmes. La réalisation de ces objectifs nous permet d'atteindre un principe de base sur lequel repose le système de santé, qui est une garantie d'égalité d'accès à la prestation de soins de santé².

¹بن حليمة حميدة Op.cit. p.18

²Ibid.

CONCLUSION :

En Algérie, en ce qui concerne le mécanisme contractuel il n'y a que deux acteurs dans le système de santé à savoir : les prestataires de services santé supervisée par le ministère de la santé et les bailleurs de fonds représentée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNAS) reste inopérant.

En fait, les hôpitaux continuent de recevoir des budgets forfaitaires à ce jour. Le financement n'est pas basé sur l'activité mais sur la distribution des moyens aléatoires, qui ont pour effet d'encourager les sous productions d'acte et ne semble pas récompenser les établissements de santé les plus efficaces et performants dans sa gestion. Le manque de réelle volonté politique, difficultés liées au système des calculs des couts , manque de coordination entre les différentes parties et acteurs de la santé publique ,et le manque de consensus sur la méthode de calcul des couts représentent les principaux obstacles qui gênent et retardent la mise en œuvre des relations entre les établissements de santé et les organismes de sécurité sociales (CNAS et CASNOS).

Cependant, malgré ses limites et ses difficultés, le processus mérite d'être poursuivi et continué. Cela se fait à travers d'une réalisation et une préparation du système d'information puissant et fiable, et la mise à jour ou bien l'actualisation de la tarification des activités. De plus, pour concrétiser cette approche, les établissements de santé publique devraient s'assurer l'amélioration et la réforme de leurs organisations et leur gestion d'une part, et exécuter à l'évaluation de système des activités et des coûts d'autre part.

Chapitre (II) : Le financement du système de santé national (en Algérie)

Introduction :

La préoccupation majeure des gestionnaires se situe essentiellement sur le plan microéconomique à savoir l'évaluation en termes de coûts et de prix à payer. La question étant de savoir comment arriver à définir un prix de revient.

La réponse a été déjà projetée par les experts et gestionnaires des établissements de santé d'outre-mer et nationaux qui ont proposés en supplément aux techniques comptables usuelles des outils de changement et développement qui peuvent répondre à la problématique posée.

Au sein de nos hôpitaux ; le prix de revient de journée ne reproduit guère les données réelles ; les budgets prévisionnels sont estimés par effet de simulation, ne tenant pas compte de la production hospitalière réelle. Dans l'objectif de cerner les coûts nous avons essayé de présenter une procédure qui a été validée par les pouvoirs publics.

À travers de ce chapitre nous allons développer le concept de financement de système de santé nationale en Algérie,dans une première section nous allons parler surmode de financement des hôpitaux publics en Algérie dont :La méthode de financement par budget global,Le financement à la journée hospitalière,Le financement basé sur l'activité T2A et. L'approche (GHM) : (en projet –au sein des hôpitaux pilotes, ensuite nous parlerons sur La gouvernance financière hospitalière.

Concernant la deuxième section aborde les dépenses de santé en Algérie, nous portons quelques explications sur Nature et types des dépenses de santé puis on va essayer de citer les facteursqui causent l'augmentation des dépenses de santé, ensuit Les forces et faiblesses du SNS_et les enjeux de la gratuité de soins seront évoqués.

Le système d'information médico-économique est abordé dans la troisième section, qui comprenne d'abord les calculs des couts des prestations médicales et économiques, par la suite, on va cerner Les modèles d'affectation des coûts.

Section 01 : le mode de financement des hôpitaux publics en Algérie

Il y a de nombreuses réformes de la santé dans le monde qui sont abordées sous les termes du financement, qui est un facteur clé dans la détermination de l'organisation, En Algérie, la réforme hospitalière envisagée ne peut abandonner cette logique.

Les réformes des mécanismes de financement sont généralement un processus évolutif qui découle de la volonté des gestionnaires du système d'améliorer leurs connaissances des activités hospitalières et de leur poids dans l'utilisation des ressources.¹

Cette présentation vise à comprendre et à synthétiser les différentes approches qui ont guidé les pouvoirs publics dans la construction d'un système de santé plus efficace et efficient. Cependant, la question du financement du système de santé algérien est très complexe, déterminant les origines de la réforme. Il faut déterminer son origine. La détermination de sa genèse requiert une Approche historique et institutionnelle des cycles de financement des hôpitaux publics.²

1. La méthode de financement par budget global :

1.1. Définition :

« Budget Global (La budgétisation) est un mode de financement applicable aux établissements hospitaliers et se définit comme un ensemble de procédures qui visent à fixer le niveau de revenus et de dépenses que devra respecter chacun des établissements durant un exercice financier donné . »³

La méthode de budget global est généralement utilisée lorsque l'information sur l'activité et les coûts est faible pour leur fonctionnement, les hôpitaux reçoivent un budget global préalablement alloué selon la nomenclature budgétaire (adresses, chapitres et matériels). Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux dans de nombreux systèmes de santé dans les années 1980.⁴

¹CASTONGUAY Joanne, « Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux », Rapport de projet, Montréal, Mars 2013, p3.

² BENMANSOUR Sonia, op.cit. p.90.

³Larousse médicale, 2003, édition Larousse VDEF, Paris, pp.46-56

⁴BENMANSOUR Sonia, LA CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN: SONIMPACT SUR LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS, Université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou – FSEGSC, revue critique, p.62.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Dans les années qui ont suivi l'indépendance de l'Algérie, et même plus tard, la médecine gratuite a joué un rôle essentiel dans la gestion de la santé de la population.

Tableau 4 : Evolution des dépenses nationales de santé.

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

Source : <http://banquemonddiale.org>

Nous observons que les dépenses publiques représentent plus de 70 % des dépenses nationales de santé. Le choix idéologique qui, à l'époque, était plus approprié, parce qu'il a résonné pleinement avec l'orientation politique de l'Algérie libérée.

Le financement futur permet de motiver l'affectation de ressources à l'établissement hospitalier au début de l'exercice ou de l'exercice. Ce dernier est chargé de les gérer d'une manière qui ne va pas au-delà d'eux. Cette méthode est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et les coûts.¹

¹ BENMANSOUR Sonia, op.cit. p.93.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Tableau 5: Dépenses budgétaires par titre des structures publiques de soins (en millions de DA)

	2000	2002	2004	2009	2010	2013
Dépenses du personnel	363524	499 278	586 649	1 068 830	1 219 274	2 415 592
Dépenses de formation	13 721	16 341	23 692	71 217	67 633	169 979
Alimentation	10 857	11 860	17 887	56 980	61 456	72 281
Médicaments et autres produits à usage médical	78 049	132 866	167 010	424 359	461 680	346 520
Dépenses d'actions spécifiques de prévention	9 899	16 441	22 343	55 354	52 235	36 629
Matériel et outillages médicaux	15 081	30 543	45 725	99 006	92 771	93 178
Entretien des infrastructures sanitaires	10 286	14 672	25 247	82 768	82 297	84 303
Autres dépenses de fonctionnement	25 259	33 537	50 968	125 382	130 698	133 232
Œuvres sociales	6 587	7 698 10	10 370	18 031	23 534	50 135
Dépenses de recherche médicale	185	197	285	325	351	278
Total	533 448	763 432	950 175	2 002 253	2 191 929	3 402 126

Source : BENMANSOUR Sonia, La contractualisation dans le système de santé algérien :

Nouveau mode de financement des hôpitaux, thèse de doctorat, Université Mouloud

Mammeri de Tizi-Ouzou, 2018, P 93.

Les dépenses de personnel et de médicaments représentent environ 80% de budget. Le montant est généralement basé sur une combinaison de facteurs y compris les budgets

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

historiques¹, les taux d'inflation, les décisions en matière de dépenses d'investissement et les considérations politiques et de négociation.

La budgétisation est une contrainte majeure dans la mesure où le type ou la complexité des services fournis dans l'hôpital n'est généralement pas pris en compte dans la détermination du budget global, et le système a tendance à ralentir la propagation de l'innovation² Même dans certains cas, le système à venir peut être un indicateur défavorable à concevoir lorsque la recherche, la formulation et la mise en œuvre de l'innovation entraînent des coûts et réduisent ainsi la marge plafond équivalente.³

1.2. Les avantages de la méthode de financement par budget global sont :

- **Le contrôle des coûts :**

C'est certainement le principal avantage Généralement reconnu dans la documentation de financement des services de santé.

Ce caractère est l'un des éléments qui montre qu'elle est la forme dominante de financement depuis de nombreuses années.

- **La simplicité de calcul :**

Si le budget à calculer n'est pas le premier depuis l'émergence des hôpitaux, Le calcul du nouveau montant est relativement simple.

- **Plus équitable pour la population :**

Le financement budgétaire est la forme la plus juste du point de vue de la population. D'ailleurs, l'affectation des valeurs disponibles facilite une meilleure distribution des services aux patients en ce qui concerne les facteurs démographiques, épidémiologiques et sociaux.⁴

¹ Le budget historique consiste à calculer le montant du budget de la nouvelle année en se basant sur celui de l'année précédente. L'objectif implicite à cette méthode est de conserver la même activité que l'année précédente et ainsi contrôler le budget.

² MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, « La Protection Sociale », PUF, Paris, 1993, p. 438.

³ PARAPONARIS A., MOATTI J.P., MOSSÉ P., HUARD P., « Economie de l'innovation médicale : bilan et perspectives », In Saily J.C. et Lebrun T. (éditeurs) : Dix ans d'avancées en économie de la santé, John Libbey Eurotext, Paris, 1997, pp.225-233.

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

Le principal avantage du budget global pour les bailleurs de fonds est un moyen simple d'assurer la prévisibilité budgétaire et réduire l'augmentation des dépenses hospitalières en tirant parti de l'offre de budgets spécifiques.¹

1.3. Les inconvénients de la méthode de financement par budget global :

- **Un manque d'incitatifs :** Dans la littérature, le principal inconvénient de cette méthode de financement est le manque d'incitations à l'efficacité. Y compris la qualité des soins, le rendement des installations et l'accès aux services. En particulier, en ce qui concerne les points suivants:

1. qualité des soins.
2. Efficacité du rendement des institutions.
3. Accès aux services.

L'hôpital est responsable de respecter son budget, mais chaque nouveau patient à une incidence sur les coûts, Cette priorité a pour effet de restreindre l'accès aux services.

- **Des durées de séjour longues :**

Ce défaut est directement lié au Manque d'incitations. Le budget total n'encourage pas les hôpitaux à raccourcir le séjour des patients et à les diriger vers des ressources moins chères parce que le coût quotidien de l'hospitalisation diminue avec la durée du séjour. En économisant de l'espace plus tôt, vous remplacez un patient moins cher par un patient plus cher. C'est pourquoi, dans les systèmes où les hôpitaux sont financés à même le budget, le taux de roulement des patients traités est relativement faible et la tendance est à réduire les ressources que chacun consomme. Cela peut entraîner une baisse de la qualité des soins par :

- a. Une innovation limitée :** Les budgets globaux limitent l'innovation parce que les risques financiers sont trop élevés pour que les hôpitaux modifient les procédures.
- b. Un risque non partagé :** Hôpitaux requis pour une activité minimale L'accord entre l'institution et le motif est compensé. Donc, si le budget est épuisé avant la fin de l'année et qu'il y a encore une demande de soins, l'hôpital fonctionnera à perte.
- c. La perpétuation des inégalités :** Si les budgets totaux sont calculés dans le cas initial Injustement, une reconstitution historique perpétuera ces inégalités.
- d. L'opacité du processus d'allocation des fonds :** Les budgets bruts laissent une grande liberté aux responsables des établissements. La possibilité d'exiger un niveau d'efficacité par rapport au financement accordé dépend de la qualité et des conséquences des

¹ BENMANSOUR Sonia, op.cit.p.96.

systèmes d'information de l'activité et donc de sa capacité à comparer les performances des différentes régions et institutions.

e. Les services et/ou fournitures non couverts :

L'incitation implicite à prioriser le contrôle budgétaire et l'ambiguïté du processus conduisent à la confusion sur la composition du panier de services fournis par l'ordre public. Il en résulte un accès limité à des services, des fournitures et des médicaments potentiellement plus efficaces que ceux fournis dans les établissements.

Les inconvénients du système ont donné lieu à la nécessité de lier le financement au niveau des services. C'est également elle qui a incité les institutions et les agents de motivation à développer des systèmes d'évaluation, de classification et d'établissement des coûts des activités dans les institutions¹

2. Le financement à la journée hospitalière :

Selon Larousse, le prix à la journée hospitalière est le montant réclamé par le patient ou un tiers pour chaque jour d'hôpital. Il peut également être défini comme « le tarif appliqué à un malade pour une journée d'hospitalisation, dans un service déterminé, médecine, chirurgie générale, chirurgie spéciale, maternité etc. » Le prix d'aujourd'hui est basé sur les dépenses prévues requises par l'établissement pour assurer le jour de l'hospitalisation.²

Le financement à la journée hospitalière garantit que les hôpitaux reçoivent un montant forfaitaire pour chaque lit occupé. Cette formule a été appliquée principalement dans les systèmes de finances publiques impliquant des prestataires de services publics et privés.³

L'Algérie a adopté la gratuité des soins de santé comme principe de fonctionnement des structures de santé publique dans les années 60, Cette sélection était fondée sur plusieurs considérations⁴ :

1. La capacité de payer des gens était particulièrement faible par rapport au niveau le développement obtenu par le pays.

¹ BENMANSOUR Sonia, op.cit. pp 95 -96.

² Le dictionnaire Larousse.61

³ KARA, TERKI Assia. La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public. Thèse de doctorat. Sciences économique. Option gestion, Tlemcen : Université Abou Bakr de Tlemcen, 2009/2010, p.574.

⁴ Benmansour Sonia, op.cit.pp 90 -91.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

2. La santé ne doit pas être considérée comme un bien ordinaire .Au contraire, la médecine thérapeutique et préventive devrait être considérée comme un élément essentiel du développement économique et du développement humain.

La santé fait partie des prérogatives de l'Etat providence, et ce dernier doit établir les moyens de permettre à toute la population d'obtenir la santé

Le prix de journée d'hospitalisation est le montant de l'aide quotidienne de l'utilisateur, facturé « à l'acte » au financeur en assurant le paiement.

Jusqu'en 1974, les hôpitaux publics étaient financés sur la base de la méthode de rémunération connue sous le nom de "prix de journée", qui est déterminée conjointement en termes de négociations entre les ministères (États) et les agences de sécurité sociale. Les recettes des hôpitaux ont été établies à partir des paiements effectués par¹ :

Les organismes de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayants droits (environ 30% DNS), l'Etat et les Collectivités locales (Trésor et Caisse de Solidarité des Départements et Communes) pour les patients indigents détenteurs d'une carte d'indigence (60% DNS), et les particuliers (couches aisées et les professions libérales) payaient directement leurs soins (10% DNS).

Ce système représente un prix « tout compris » (tarif à la journée d'hospitalisation et d'hébergement) un forfait qui assure la solidarité sociale envers les patients hospitalisés. Cette méthode de financement a été fortement critiquée grâce à l'inflation de ses effets. En fait, si les entreprises veulent un prix élevé pour l'année suivante, elles doivent faire fonctionner la machine à pleine capacité.² Ainsi, plus les médecins sont hospitalisés et les procédures prescrites, plus le patient reste à l'hôpital, mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque c'est la Sécurité sociale qui payait. Ce système s'est avéré particulièrement vague, d'autant plus que les abus et le gaspillage n'ont pas été punis, parce que la croissance économique a permis de dépenser sans compte réel.

Malgré ses effets négatifs, ce système fonctionne depuis près de 10 ans. D'une part, il a financé la rénovation de l'hôpital. Et d'autre part, à l'exception de la sécurité sociale, ils étaient tous gagnants : les patients; les directeurs d'hôpitaux qui gèrent sans aucun intérêt véritable

¹ LAMRI Larbi, « Accroissement de la Dépense Nationale de Santé des Ménages: Facteurs explicatifs », Journée d'étude sur « Le système de santé Algérien à l'épreuve de la transition plurielle », le 03 Mai 2015-Hôtel Mazafran-Zéralda.

² IMBERT J., « Les hôpitaux en France », PUF, 6ème édition mise à jour 1994, 1ère édition, 1958. pp.82-83.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

dans l'économie nationale; les médecins d'hôpitaux qui ne se considèrent pas autorisés pour les frais hospitaliers ou les comptes de sécurité sociale; et les fournisseurs de biens et de services qui tirent leur subsistance de ce marché florissant.¹

3. Le financement basé sur l'activité T2A :

3.1. Qu'est qu'une T2A ?

«La T2A est un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité, celle-ci étant définie par des épisodes de soins »².

Deux éléments clés président au T2A³ :

Premièrement, l'activité hospitalière est définie et décrite par des groupes homogènes de patients (GHM) plutôt que selon les spécialités (ou spécialités) des services hospitaliers.

Deuxièmement, les prix GHM sont prédéterminés (paiements prospectifs) et peuvent être fixés au niveau national, comme en France, ou au niveau local. Il existe différents principes et mécanismes pour déterminer les prix.

Bien que ces éléments soient communs à tout système T2A, l'application de ces deux principes (la définition des DRG et la fixation des tarifs) varie fortement d'un système à l'autre, l'efficacité individuelle de l'organisation et Le fonctionnement global du marché hospitalier.

3.2. Les modalités de financement de la T2A :

Permettre aux établissements de santé de faire face à l'hétérogénéité patients, et éviter les problèmes et les comportements stratégiques rencontrés dans le système ; comme la tarification pure de la pathologie dans MEDICARE, la tarification basée sur l'activité implique cinq options de financement, dont trois sont directement liées aux activités entreprises, et Basé sur les observations de transfert de données P.M.S.I :

- ✓ Trois modes généraux de financement directement liés à l'activité : Paiement Pour les activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement, un tarif unique par séjour (groupe homogène d'hébergement (GHS) et complémentaire) ; paiement à l'acte pour les visites,

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

² OR Zeynep, RENAUD Thomas, « Principe et enjeux de la Tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) : enseignement de la théorie économiques et des expériences étrangères ». IRDES-Document de travail, n°23, Mars 2009, p. 3.

³Ibid. p.3

les actes ambulatoires, les urgences, les prélèvements d'organes et le séjour en hospitalisation A domicile (HAD) ; outre les frais de service, certains consommables sont payants.

- ✓ Un mode particulier de cofinancement de certaines activités de soins, correspondant à un montant fixe de ressources annuelles, mais en fonction des activités réalisées (coordination des urgences et prélèvements d'organes).
- ✓ Un modèle de financement par dotation non basé sur l'activité : Des enveloppes de financement sont versées pour les Missions d'Intérêt Général et d'Assistance Contractuelle (MIGAC).¹

3.3. Les avantages principaux de la T2A :

✓ La transparence :

La T2A assure une plus grande transparence dans le financement des soins hospitaliers en liant le financement à la production de soins.

✓ L'équité :

La T2A est également considéré comme un mécanisme "équitable" dans la mesure où on paie le même prix pour le même service pour tous les aidants.

Toutefois, cette équité dépend de la fiabilité de la classification des activités dans les groupes tarifaires : il est essentiel qu'elle soit suffisamment précise et suffisamment homogène, de sorte que les institutions qui attirent systématiquement Les patients plus lourds ne sont pas punies.

✓ L'efficience :

La T2A vise également à améliorer l'efficacité, pour chaque organisation et chaque marché : il crée une forme de concurrence qui stimule l'efficacité dans un contexte où de telles pressions concurrentielles n'existaient pas dans le passé. Toutefois, cela suppose que les prix reflètent correctement les coûts Les producteurs les plus efficaces.²

¹ KRIEF Nathalie, « La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : Des enjeux économiques et Sociaux compatibles », Rapport publié dans « comptabilité, contrôle, audit et institution (s), Tunisie (2006) », Janvier 2011, p.7.

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

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

À ce stade, il est nécessaire de faire la distinction entre les objectifs politiques poursuivis par T2A et les objectifs qu'ils peuvent réellement atteindre, compte tenu des caractéristiques inhérentes à ce mécanisme de financement.

-Souvent, dans le discours politique français comme dans d'autres pays, nous attribuons les tâches de T2A loin de leur mission, comme l'amélioration de la qualité, l'égalité d'accès et la couverture optimale des soins.¹

3.4. Les inconvénients de la T2A :

L'application du T2A peut en premier lieu entraîner des effets indésirables. a cet égard, mauvaise maîtrise des coûts : chaque patient étant associé à un revenu accru. Les hôpitaux sont encouragés à augmenter le nombre de cas pris et donc à augmenter leur budget.

Les payeurs qui souhaitent contrôler leur budget annuel établissent le budget de l'acheteur ou réduisent les tarifs au-delà du niveau prévu des activités ou des prix associés aux coûts marginaux des activités.

Séjour plus court :

Le fait que les hôpitaux sont encouragés à traiter plus de patients réduira leur séjour afin d'augmenter la capacité d'accueil annuelle, ce qui peut devenir un problème dans les cas où le moment du congé met en danger la qualité des soins fournis. Pour empêcher la sortie trop rapide de l'hôpital, les pousseurs peuvent refuser de payer les soins hospitaliers dans un certain délai².

4. L'approche (GHM) : (en projet –au sein des hôpitaux pilotes) :

Les groupes homogènes de malades (GHM) constituent un système de classification microéconomique des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).³

A la fin de l'hospitalisation du patient, un ensemble artificiel d'informations est produit : résumé de sortie normalisé (RSS). Il se compose d'un grand nombre de résumés d'unités (RUM) que le patient a assisté à des unités médicales pendant son séjour en (MCO).

¹ BENMANSOUR Sonia, Op.cit.pp 103- 104.

²Jean- Marie, Fessler., Pierre, Frutiger. La tarification hospitalière à l'activité éléments d'un débat nécessaire et propositions, Paris, éditions Lamarre l'avenue Édouard-Belin 92500 Rueil-Malmaison, 2003, p.173.

³ Manuel des groupes homogènes de malades ; 11ème version de la classification Version 11.11 de la fonction groupage ; Fascicule spécial n° 2009/4bis, p.13.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

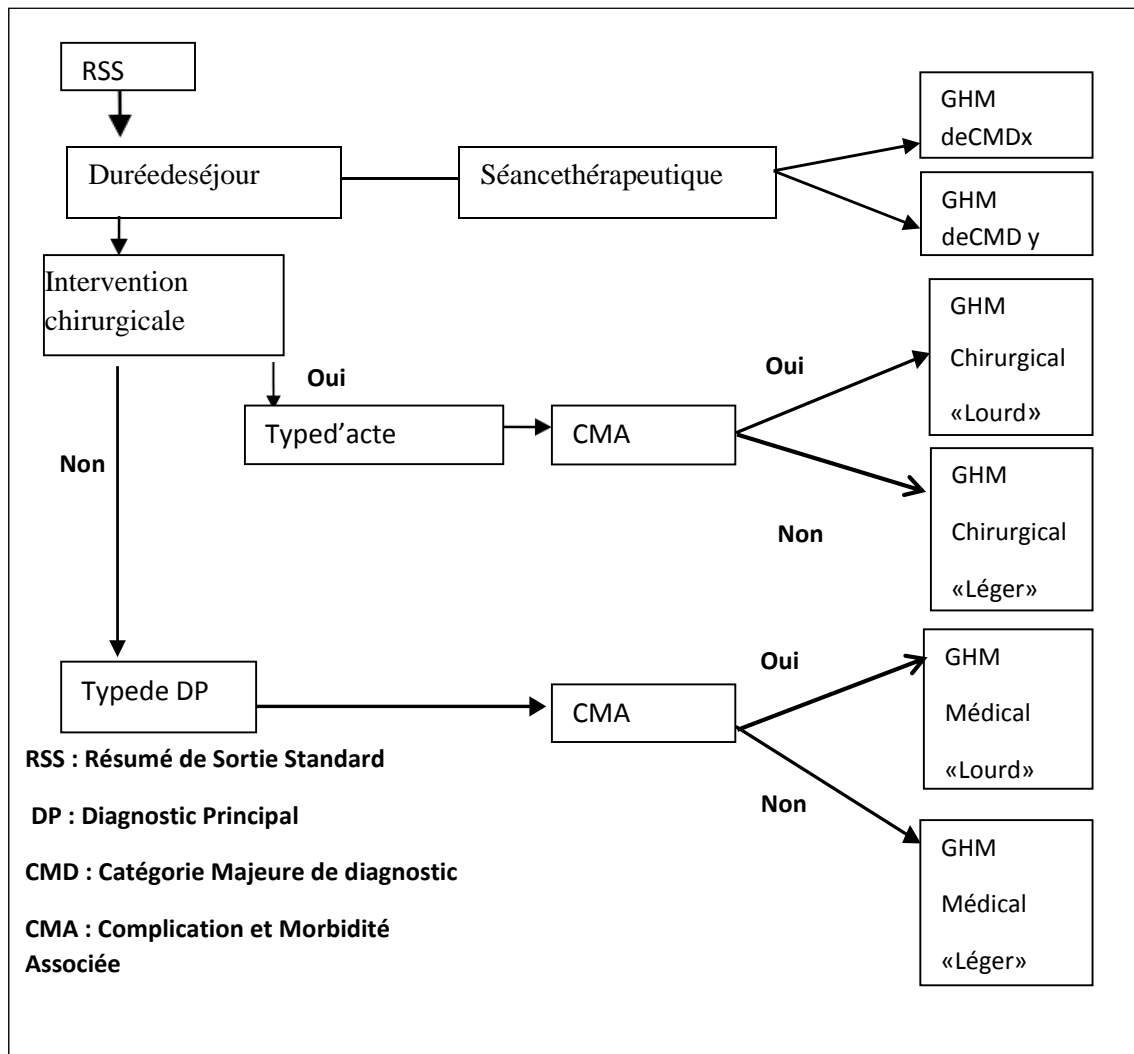
Afin que les informations administratives et médicales contenues dans le RSS puissent bénéficier d'un traitement automatisé, codé, classification de chaque séjour hospitalier en GHM, ou assemblage, résultant de tests prédéfinis sur cette information. En principe, la première étape menant à la tarification commence après la fin du séjour du patient à l'hôpital. L'hospitalisation est codée par le médecin, et le secrétaire informe tous les éléments existants du PMSI¹.

Un logiciel médical permet aux systèmes d'information de classer le séjour de chaque patient dans le GHM auquel un ou plusieurs GHS se rapporte. Ceux-ci déterminent le taux de paiement que les systèmes d'assurance maladie devraient payer²(cf. Schéma 2)

¹P.M.S.I. : Le programme de médicalisation du système d'information. ;étant un ensemble de logiciels conçus spécifiquement pour la gestion et le traitement de l'information médicale et économique ;implanté initialement dans les structures de santé anglo-saxonnes et mis en place par le Professeur Fetter de l'université de Yale (Etats Unis) et repris par la suite pour l'ensemble des établissements de santé Européens .Ce système d'information hospitalier (S.I.H) remonte aux années 1960 .Les développements des premiers (S.I.H.) ont permis notamment la concrétisation des actes médicaux récentes par nature (CDAM/1985) ; le code acte est représenté par quatre caractères et chaque acte est associé un indice de coût relatif (I.C.R.).L'IC.R. permet de chiffrer le poids économique de l'acte :ex :appendicectomie pour appendicite aigue : « L.220050ALX ».

²BENMANSOUR Sonia, op.cit. p.107.

Schéma 2: La classification enGroupeHomogènedMalade(GHM)



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

Le système français contient un total de 512 GHM et est regroupé en 24 catégories Principales de diagnostic de CMD selon l’algorithme¹ de résolution basé sur les informations médicales et administratives contenues dans le résumé de sortie standard (RSS)². La durée du séjour a été choisie comme mesure approximative de la consommation de ressources en raison

¹Le principe de l’algorithme de classification est classique, il s’agit de former des groupes Les variations calculées de la variable dépendante sélectionnée ont les caractéristiques suivantes : la variation au sein du groupe devrait être aussi faible que possible, et la variation entre les groupes devrait être le maximum.

²KARA TERKI Assia, Op.cit. p. 361

Chapitre (II) : Le financement du système de santé national (en Algérie)

de sa simplicité et de sa disponibilité. L'introduction du concept de "complexité des soins" et de "sévérité de la pathologie" permet également de mieux expliquer la variabilité de la consommation de ressources. Par ailleurs, il existe un système de pondération de ces groupes construite à partir de données médicales et économiques. Cette échelle attribue une valeur exprimée en point ISA (Indice Synthétique d'Activité) à chaque GHM¹. ISA est l'unité de mesure de l'activité fixe. Le coût des points ISA est obtenu en effectuant un rapport entre les charges de l'établissement et le nombre de points ISA produits :

- **Le coût des points ISA** = $\frac{\text{charge totale de l'hôpital}}{\text{Nombre de point ISA}}$

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

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

5. La gouvernance financière hospitalière :

5.1. La gouvernance hospitalière :

5.1.1. Qu'est-ce que la gouvernance hospitalière :

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a défini la gouvernance de la santé comme : « y compris l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes pour guider les éradicateurs sur les questions de santé publique en respectant les principes fondamentaux de gouvernance que sont l'équité, la responsabilisation, la transparence et la participation. »²

Il est à noter ici que la définition de l'OMS fait référence à quatre principes de base, qui sont considérés comme une soupape de sécurité pour assurer une bonne gestion et rationalisation des décisions prises au niveau de l'établissement de santé.

« La gouvernance de la santé concerne le système de prestation des services de santé, le partage des responsabilités et des pouvoirs entre les différentes parties, les moyens de financer

¹ MOISDON J.C., « Les contrats dans le nouveau système hospitalier: naissance d'une instrumentation ». Droit Social, septembre - Octobre 1997, pp.872 – 876.

² منظمة الصحة العالمية، منشور المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، متاح على الموقع: www.emro.who.int، تمالاطلاعليهفي 24 .05. 2022

les établissements de santé, ainsi que les systèmes et les mécanismes de production et de diffusion de l'information¹. »

5.1.2. La gouvernance de la santé vise à atteindre certains principes :

- Répondre aux besoins en santé publique et aux bénéficiaires de services.
 - assurer un leadership responsable pour atteindre les priorités en matière de santé.
 - mise en œuvre des contrôles institutionnels nécessaires.
 - processus de responsabilisation clairs et réalisables.
 - la transparence dans l'élaboration des politiques et l'allocation des ressources.
 - Prise de décision et politiques fondées sur des données précises.²
 - Le rapport de Cadbury³ énonce trois principes fondamentaux que les institutions doivent respecter : la transparence, l'intégrité et la responsabilité.
- **transparence** : la diffusion de l'information contribue au fonctionnement efficace et réduction des procédures confidentielles non déclarées, compte tenu du fait que la transparence de l'institution est dans les limites de son statut concurrentiel.
 - **Intégrité** : cela signifie à la fois une pratique directe et l'exhaustivité. Les rapports financiers doivent être honnêtes et présenter un portrait équilibré de la situation de l'entreprise. L'intégrité des rapports dépend de l'intégrité de ceux qui les préparent et les présentent.
 - **Responsabilité** : Les conseils d'administrations doivent rendre des comptes aux actionnaires, et les deux ont un rôle à jouer pour rendre cette reddition de comptes efficace, ces conseils d'administration devraient le faire par la qualité de l'information qu'elles fournissent aux actionnaires et aux actionnaires par leur volonté d'exercer leur activité en tant que propriétaire.⁴

¹Dechamp Gaelle, Romeyer Cécile, Trajectoire d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins, XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy /Genève 13-16 Juin 2006, p.2.

²ميماهر الجمال، تقييم الحوكمة في قطاع عالى رعاية الصحية الولاية في محافظة الفيوم ، مركز العقد الاجتماعي، مصر 2013، ص.22.

³Les Principes de Cadbury, publiés par le Comité de Cadbury du Royaume-Uni en 1992, ont constitué le point de départ de nombreux modèles et principes qui ont suivi et qui ont appuyé et complété le Modèle de gouvernance d'entreprise de Cadbury, le modèle de l'OCDE.

⁴ Matei, A. Drumasu, C, Corporate Governance and public sector entities, Science Direct Procedia Economics and Finance, 26, 2015. p. 498.

5.2. La gouvernance financière :

La gouvernance financière désigne la façon dont un établissement recueille, gère, suit et contrôle ses renseignements financiers. La gouvernance financière comprend la façon dont les établissements de santé suivent leurs transactions financières, gèrent leur rendement, contrôlent leurs données, leur conformité, leurs transactions et leur informations.

La gestion financière comprend :

- Contrôles internes ;
- Politiques financières ;
- Audit interne et externe ;
- Flux de travail ;
- Contrôles financiers ;
- Surveillance et vérification des données ;
- Sécurité des données.¹

5.2.1. L'importance la gouvernance financière :

- Une gestion financière rationnelle garantit l'exactitude des états financiers :

La mise en œuvre de contrôles des données financières garantit que les équipes financières disposent de la bonne version des états financiers pour la préparation des rapports, des budgets, des plans et d'autres documents financiers. Ces contrôles peuvent comprendre :

- Maintenir et coordonner la structure des données.
 - Un centre de données contient toutes les informations, historiques et réelles.
 - Système de validation des données au moment de la saisie.
 - Un système qui comprend un chemin d'audit et un journal pour que vous sachiez qui a traité les données et comment et quand.
 - Un système englobe toutes les opérations financières, de la clôture à la production de rapports.
- Une bonne gestion financière comprend la collecte, la comptabilisation et la communication de données financières conformément à la réglementation. En plus, la gouvernance financière est la capacité de visualiser l'ensemble du cycle de vie des

¹<https://www.wolterskluwer.com/fr-fr/solutions/cch-tagetik/glossary/financial-governance> , consulter le 25.05.2022.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

données et l'endroit où les données apparaissent. Aussi la gouvernance financière permet aux organisations d'identifier plus rapidement les risques¹.

- La gestion financière rationnelle est le principal objectif des systèmes budgétaires modernes. Elle exige la mise en place d'institutions saines qui régulent l'affectation des fonds, de systèmes d'exécution budgétaire qui fonctionnent conformément au principe de légitimité, des systèmes comptables et des systèmes de vérification solides qui assurent la qualité de l'information et des systèmes financiers.²

¹ Ibid.

² Alta Fölscher, La bonne gouvernance financière : vers une budgétisation moderne,raport 6e SÉMINAIRE ANNUEL DE CABRI du 18 au 19 mai 2010, à Maurice,p.2 .

Section 02 :les dépenses de santé en Algérie

Il y a de nombreuses réformes de la santé dans le monde qui sont abordées sous les termes du financement, qui est un facteur clé dans la détermination de l'organisation de la santé. En Algérie, la réhabilitation envisagée des hôpitaux ne peut abandonner cette logique.

Les dépenses de santé reflètent des proportions croissantes d'une manière significative par rapport à celles du PIB, Ceci a conduit à la mise en place de politiques de maîtrise des dépenses de santé, qui sont présentées partout comme l'un des principaux éléments d'une politique de santé.

En Algérie, comme dans d'autres pays, le problème de la forte croissance des dépenses de santé est devenu grave ces dernières années.

L'Algérie connaît depuis la fin des années 80 un problème alarmant de coûts de santé et de développement, un ralentissement de la croissance économique, une contraction des ressources nationales et des difficultés de financement des fonds de sécurité sociale. Bien que les dépenses de santé en Algérie (environ 6% du PIB en 2010).

Le taux de croissance de ces dépenses a été très élevé, après une combinaison de plusieurs facteurs; Vieillesse, l'évolution démographique, épidémiologique et démographique, évaluation du niveau de vie individuel, doublement des infrastructures de santé et couverture sociale universelle.¹

C'est pourquoi les pouvoirs publics ont pris plusieurs mesures ces dernières années, et dans un effort pour limiter la croissance de ces récents budgets de santé sont passés de moins de 4% du PIB à près de 7%.

Cette augmentation importante des budgets de la santé de 1970 à 2011 n'a pas été mise en œuvre de façon uniforme, mais plutôt par des vagues brutales successives qui ont causé des perturbations opérationnelles et une génération de 80 % des dépenses de santé financées par l'Etat algérien.

Cette réduction des dépenses de santé est le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre du plan d'ajustement structurel :

¹ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en science économiques, université Amira de Bejaia, Mai 2012,p.38 .

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Investir dans le secteur de la santé Pour ce qui est de la valeur, les dépenses nationales en santé ont connu des augmentations importantes, soit plus de 365,94 milliards de dollars en 2014.

1. Dépenses de santé :

Par définition :

« Les dépenses nationales de santé comprennent toutes les dépenses de fonctionnement et de capital qui contribuent à la mise en œuvre de la politique de santé de la population de l'État et qui incombent en grande partie au secteur public, au secteur privé national, aux organismes de sécurité sociale, travailleurs ou ménages. »¹

Avant 1974, 60 % du financement public de la santé étaient destinés à la population la plus pauvre, 30 % à la sécurité sociale et 10 % aux paiements directs des usagers eux-mêmes et d'autres professions gratuites. A partir de 1974, les agents de financement de la santé ont été l'Etat et les collectivités locales de 1974 à 1979 et la sécurité sociale, une contribution permanente recouvrée par le Trésor algérien et la pharmacie centrale de 1980 à 1981.

Selon la loi de finances de 2016, la santé est le quatrième poste de dépenses en importance après la défense nationale, l'éducation nationale et les affaires intérieures avec un budget de fonctionnement de 380 milliards de DZD pour 2016, soit 7,9 % du budget de fonctionnement de l'État.²

1.1. Nature et typologie des dépenses de santé :

a) Les dépenses publiques de la santé :

En général, Les dépenses publiques de santé comprennent toutes les dépenses visant à améliorer l'état de santé de la population et à fournir des biens, des services et des soins médicaux à la population. Il s'agit de dépenses en capital pour divers niveaux administratifs et organismes de sécurité sociale, comme les dépenses de santé financées par les impôts, les dépenses de sécurité sociale et les dépenses financées à partir de ressources externes.

Cela comprend les salaires du personnel des hôpitaux et des unités non hospitalières, les dépenses de gestion du système de santé, les investissements dans les établissements médicaux,

¹ MSPRH, «Comptes nationaux de la santé pour l'Algérie», Alger, 2003, p. 59.

² BOULAHRIK Mohand, Financement du système de santé Algérie, المالية و التجارة و الاقتصاد في الدراسات في الاقتصاد و التجارة و المالية, مخبر , مجلة دراسات في الاقتصاد و التجارة و المالية, 2016, سنة 2016, p. 37 .
الصناعات التقليدية لجامعة الجزائر, مجلد رقم 05 العدد 302

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

le financement de la plupart des systèmes extrabudgétaires et les subventions pour couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements médicaux et les déficits budgétaires.

Les dépenses de santé publique en Algérie comprennent celles du ministère de la Santé et des Assurances sociales et d'autres départements ministériels.¹

b) Les dépenses du ministère de la santé :

Les impôts et la sécurité sociale sont les principales sources de financement qui alimentent le budget opérationnel du ministère de la Santé.

Les dépenses de santé financées par les impôts représentent toutes les dépenses de fonctionnement et l'équipement public engagés au niveau central, régional ou local, destinés aux interventions de santé, à l'exception des transferts interministériels, y compris les subventions aux producteurs de biens et services médicaux, les investissements dans les établissements de santé publique, les transferts de paiements aux ménages pour compenser les frais médicaux et les fonds extrabudgétaires.²

c) Les dépenses de fonctionnement :

Le budget de fonctionnement du MSPRH comprend les postes suivants : le personnel ,la formation ,l'alimentation , les médicaments et autres produits à usage médical ,l'entretien des infrastructures sanitaires, les autres dépenses de fonctionnement , les matériels et les outillages médicaux , la prévention , les œuvres sociales et les dépenses de recherche médicale créées depuis 1990.³

d) Les dépenses de santé financées par la sécurité sociale :

Il s'agit de la contribution des Organismes de Sécurité Sociale (CNAS et CASNOS) au financement des institutions de santé publique (forfait hospitalier) visant à prendre en charge les soins fournis aux assureurs sociaux et à leurs qui ont des droits .

Cette contribution au financement de la santé a augmenté de 9700000000 DA en 1991 à 35000000000 DA en 2005, à 57818524000 DA en 2014 et à 65219092000 DA en 2015.Le

¹BOULAHRIK Mohand, financement du système de santé Algérien, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, N° 33 - 2016, pp. 11-12.

² ibid. p.12.

³BOULAHRIK Mohand, op.cit .p .39.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

CNAS intervient également par la prise en charge des soins de haut niveau dans le cadre de conventions signées avec les institutions publique de santé.

Les structures correspondantes sont liées à un contrat spécifique prévoyant la mise en œuvre d'activités et de modalités de financement.¹

e) Les dépenses d'investissement :

L'État fournit le budget pour les équipements de santé publique et comprend deux catégories de dépenses:

- Dépenses pour les opérations centrales d'équipements publics dénommés "programmes sectoriels centralisés (PSC) qui ont concernaient notamment l'acquisition d'équipements médicaux (imagerie médicale, fauteuils dentaires, scanners, etc.) et le lancement de la mise en œuvre de la nouvelle CHU.

- Dépenses d'équipement à des niveaux décentralisés consistant en programmes sectoriels décentralisés "PSD" et plans de développement communautaire (PCD) à des niveaux décentralisés axés sur des projets de développement d'infrastructures moyennes et l'acquisition d'équipements médicaux.

Depuis 2001, d'importantes ressources financières ont été mobilisées pour réhabiliter l'infrastructure hospitalière existante, terminer les travaux en cours et construire de nouvelles infrastructures de santé Sur tout le territoire national.²

f) Dépenses des autofinancées par des ressources accessoires:

Il s'agit notamment des ressources des ménages, des activités de santé au travail et des impôts. La contribution des ménages aux dépenses de santé, qui remonte à 1974, est très modeste et est déjà liée à l'époque à la participation des usagers aux coûts des médicaments et des procédures médicales. En 1984, le principe de la gratuité des soins a été partiellement contesté et un certain nombre de procédures externes et médicales ont été partiellement payées. Selon la loi de finances de 1995, seules les personnes défavorisées au sens des règlements en vigueur, les personnes souffrant de certaines maladies chroniques, les populations affectées par les programmes nationaux de santé et certains groupes sociaux protégés sont exemptées de ce

¹BOULAHRIK Mohand, op.cit.p.41.

² BOULAHRIK Mohand, op.cit.p.15.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

montant. La participation des utilisateurs au budget de fonctionnement de la santé reste symbolique et représente 0,28% en 2015.

1.2. Autres dépenses de santé :

a) Dépenses de santé des caisses de sécurité sociale :

Deux caisses de sécurité sociale s'occupent des dépenses de santé, à savoir la Caisse Nationale des Assurances sociales (CNAS) et la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS) . Leurs revenus proviennent de cotisations obligatoires (employeurs et salariés), à des taux variables, fixés par la réglementation en vigueur.

Ils couvrent les risques pour la santé tels que la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles. La CNAS offre des prestations en nature et en espèces, tandis que la CASNOS n'offre que des prestations en nature.

Les dépenses en nature (CNAS et CASNOS) couvrent le remboursement des frais médicaux et des médicaments, en particulier :

- ✓ Frais pharmaceutiques.
- ✓ Frais médicaux.
- ✓ Frais hospitaliers.
- ✓ les coûts de l'optique médicale.
- ✓ les frais d'équipement et de prothèse.
- ✓ les prestations de rééducation fonctionnelle.
- ✓ les dépenses de réadaptation professionnelle.
- ✓ et autres prestations.¹

b) Dépenses du secteur privé en investissement :

Ces dépenses ont été évaluées sur la base des données disponibles au niveau du ministère de la santé (indicateur des établissements et installations privés et informations fournies par les promoteurs et les praticiens privés). Ces dépenses concernent des projets en cours et des projets réalisés (structures achevées au cours de l'année en question) pour les années retenues.

Pour l'estimation des dépenses d'infrastructure, les coûts globaux de construction, l'importance de la structure (classification par niveaux) et le délai (3 à 2 ans selon le type de structure) ont été pris en compte .Le coût a été réparti selon un pourcentage qui tient compte de

¹ BOULAHRIK Mohand, op.cit.p.43.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

la pratique actuelle (40 % la première année et 30 % l'année pour chacune des deux dernières années).

En ce qui concerne les dépenses d'équipement, il a été tenu compte des acquisitions effectuées au cours de l'année considérée et uniquement des subventions en faveur de nouvelles structures.¹

a) Les dépenses des autres départements ministériels :

La plupart des autres ministères mettent au point un système de prévention publique, d'éducation sanitaire, de conseil des jeunes et de participation active à la lutte contre le sida et le tabagisme et promouvoir la santé dans les écoles en investissant dans la construction d'unités de dépistage et de surveillance. Certains ministères ont des structures de soins pour gérer certains groupes de population à des titres de prévention et de traitement.²

b) Les dépenses des mutuelles sociales :

Les mutuelles sociales sont régies par la loi 90-31 du 04/12/1990 relative aux associations et la loi 90-33 du 05/12/1990 relatives aux mutuelles sociales, modifiée et complétée ces 35 associations mixtes sont des associations sans but lucratif qui visent à fournir à leurs membres et bénéficiaires des avantages sociaux, en particulier : en matière de santé.

Ces mêmes mutuelles sociales assurent les prestations suivantes en nature et en espèces ; les prestations en nature (remboursement des frais) en complément des prestations servies par la CNAS dans la limite de 100% du tarif réglementaire ; les indemnités journalières (prestations en espèces).³

c) Les dépenses des entreprises économiques:

De grandes entreprises nationales comme SONATRACH, sont impliquées dans le financement de la santé. Pour les autres entreprises, il a été tenu compte du nombre de centres de médecine du travail agréés par le ministère de la Santé. Estimation des coûts du personnel en fonction des normes du personnel autorisé.⁴

¹BOULAHRIK Mohand, op.cit.p.44.

² Ibid.p.44

⁴ Idem.

d) Les dépenses des ménages :

D'après les résultats des enquêtes auprès des consommateurs l'ONS a pris en compte la consommation annuelle des ménages au titre de la santé et de l'hygiène 6,3 pour cent des dépenses annuelles totales des ménages en 2001. Les soins médicaux estimés aux 2/3 de la rubrique santé et hygiène personnelle représentent les dépenses de santé du ménage, y compris le remboursement des fonds d'assurance sociale liés aux dépenses pharmaceutiques et aux actes médicaux perçus au titre des "prestations en nature".¹

2. Les facteurs d'accroissement des dépenses de santé :

L'évolution des dépenses de santé dépend de plusieurs facteurs qui peuvent expliquer la croissance des dépenses .Ces facteurs sont les suivants :

❖ Une offre de soins étendue et diversifiée :

En ce qui concerne la prestation de soins médicaux et la couverture, Il a été constaté que, bien qu'il n'y ait pas de couverture cohérente pour les besoins de Santé à l'échelle nationale, indice de couverture médicale amélioré et nombre d'établissements de santé Stable depuis 20 ans. Cette expansion de l'offre est l'un des facteurs qui a mené à une augmentation rapide des dépenses de santé. En effet, face à l'explosion de la demande provoquée par la gratuité des soins de santé, les pouvoirs publics ont été contraints de stimuler l'expansion de l'offre d'infrastructures de santé publiques et privées pour s'adapter à la demande.²

❖ Une large couverture sociale :

Dans le cadre des efforts réalisés par l'État pour étendre l'accès à la protection sociale à l'ensemble de la population sans discrimination de revenu et pour élargir la portée de la capacité à éviter l'exclusion des personnes défavorisées.

Un système de santé fondé sur la gratuité des soins de santé avait été mis en place et un système de sécurité sociale couvrant la grande majorité de la population avait été adopté. Ainsi que les maladies qui font partie des maladies chroniques a une couverture à 100% .³

Dans les années 1960-70, l'extension de l'assurance maladie obligation à l'ensemble de la population et développement de l'assurance complémentaire dans les années plus récentes traduit une modification importante dans l'accessibilité au système de santé.⁴

¹ Dr BOULAHRIK Mohand, op.cit. p.45.

²Youcef ABBOU, Brahim BRAHAMIA, Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé, saniyatn°s 75-76, janvier - juin 2017, p .164

³Ibid. pp.163 -164.

⁴ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, op.cit. p.38.

❖ **Le vieillissement :**

Les dépenses de santé par habitant augmentent avec l'âge. Il semble donc logique de s'attendre à un impact significatif du vieillissement de la population sur les dépenses globales de santé. Bien que l'impact du vieillissement est maintenant clairement détectable dans le travail économique standard. Premièrement, l'incidence de l'augmentation du niveau de vie est moins importante, et non d'autres facteurs énormes, l'écart de consommation des soins entre les personnes âgées et le reste de la population s'est creusé.

❖ **L'effet du niveau de vie de la population est toujours essentiel :**

Il s'agit d'un facteur clé dans la détermination de la demande de soins de santé, car la consommation de soins dépend de la structure d'âge de la population.

Le changement de santé qui a entraîné un double fardeau de morbidité; Une tendance importante vers la spécialisation des praticiens.

Au niveau individuel, le niveau des dépenses de santé est presque indépendant du niveau de revenu. En fait, le financement de ces dépenses est largement social Mais ce n'est pas le cas collectivement : les dépenses de santé de l'État dépendent largement du niveau de vie de sa population.

❖ **Transformation de la santé qui impose des coûts plus élevés aux maladies non transmissibles :**

La transformation épidémiologique a considérablement modifié le profil de morbidité, ce qui pèse la charge Lourdemment sur les capacités financières des caisses de la sécurité sociale. En plus des coûts élevés associés à ces maladies non transmissibles, il y a aussi le fardeau de la gestion de la réémergence ou qui n'ont pas encore été éliminées.

Aujourd'hui, les maladies non transmissibles représentent plus des deux tiers des décès en Algérie.¹

❖ **Le progrès technique et l'intégration de technologies innovantes des soins :**

La croissance des dépenses de santé est également alimentée par les innovations médicales qui enrichissent le panier des biens et services de santé disponibles. En effet, un élément particulièrement important semble être le changement technologique, qui a été largement défini comme incluant les technologies, les médicaments, l'équipement et les

¹ Youcef ABBOU, Brahim BRAHAMIA, op.cit. pp. 164-165.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

procédures utilisés dans les soins de santé, et a également contribué à l'augmentation des dépenses de santé.¹

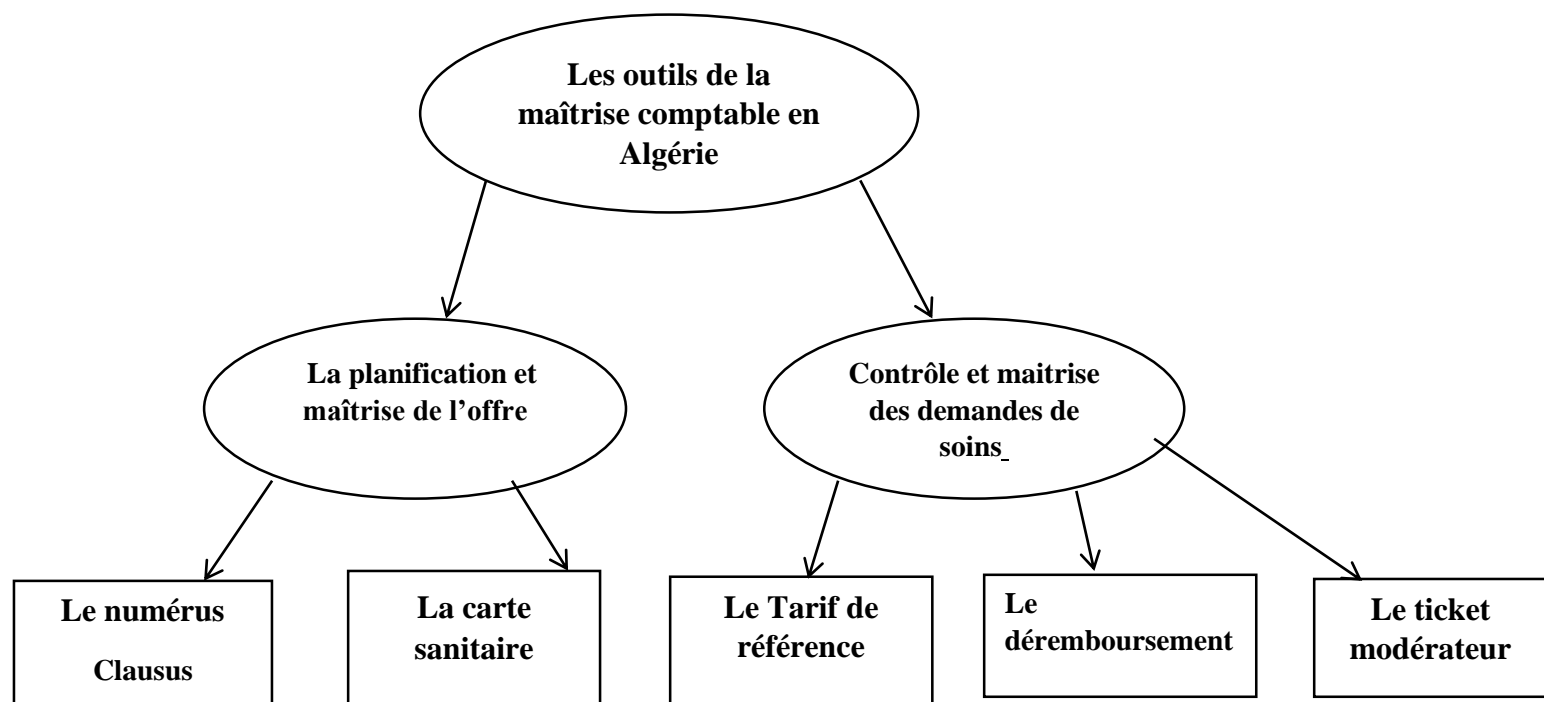
❖ Système de santé double et non contrôlé :

Depuis que l'Algérie a entamé la transition d'une économie planifiée vers une économie de marché, il a été procédé, progressivement, {la mise en place d'un cadre juridique visant {stimuler l'ouverture du secteur de la santé l'investissement privé.

Le système de santé est caractérisé par une scission entre un secteur public largement dense et un secteur privé situé principalement dans les grandes villes. Aujourd'hui, les spécialistes s'accordent {dire que le privé s'érige en rival au lieu d'être complémentaire.

Le caractère dualiste du système des soins en Algérie a contribué également {l'avènement d'un phénomène appelé « le nomadisme médical ».La liberté des citoyens de choisir leur médecin est responsable de l'augmentation des dépenses de santé, en particulier en médecine externe.²

Schéma 3 :Les outils de la maîtrise comptable des dépenses de santé en Algérie.



Source : préparé par les étudiantes.

¹ Carine Chaix-Coutourier, Isabelle Durant Zaleski ; évaluation des technologies de la santé : contexte économique et politique.

²Youssef ABOU, Brahim BRAHAMIA, op.cit. p. 165.

3. Outils de régulation des dépenses de santé en Algérie :

3.1. Contrôle comptable des dépenses de santé:

L'Algérie a développé des outils réglementaires visant à contenir l'augmentation des dépenses de santé administrativement et centralement, tant au niveau hospitalier qu'au niveau des soins médicaux et de la gestion des médicaments.

En 1962, l'Algérie indépendante est confrontée à une situation économique très précaire qui oblige ses dirigeants à décider de la voie à suivre dans la mise en œuvre des politiques publiques. L'option choisie nécessite un modèle de développement fondé sur une économie planifiée au niveau central. Ce choix a eu une incidence importante sur le rendement du système de santé. Après l'hypothèse politique du socialisme selon laquelle tous les moyens de production étaient la propriété exclusive de l'État, jusqu'au début des années 90, tous les établissements de santé étaient dans le secteur public. Le rôle de l'État n'est pas seulement de produire des biens et des services médicaux, mais aussi de fournir des services non marchands, y compris des soins de santé.¹

3.2. Contrôle des demandes de soins :

Les réformes engagées depuis les années 1990 ont conduit à l'introduction de mesures dites de "recouvrement des coûts", conformément aux lignes directrices de la Banque mondiale. Cela a mené à l'introduction d'outils axés sur la demande pour contrôler les dépenses de santé. À cette fin, la responsabilité financière des utilisateurs a été le premier mécanisme établi par la Couronne comme élément clé de la politique de contrôle des dépenses.

Au milieu des années 1990, l'arsenal juridique a été construit principalement pour réglementer l'ordre. L'Algérie avait donc réformé son système magique par des changements visant à introduire une partie éthique de la menace, afin de réduire les dépenses de santé et de rendre les utilisateurs plus responsables. À cette fin, l'organisation a élaboré des mécanismes de réglementation qui se divisent en trois catégories : l'une fondée sur le besoin d'autonomisation des consommateurs (frais d'utilisation) et l'autre faisant référence à {aligner les prix des principaux produits médicaux sur ceux des produits génériques les moins chers

¹Beatrice MAJNONI D'INTIGNANO, (1989), Santé, mon cher souci, Edit. JC Lattès, Economica, Paris.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

disponibles sur le marché (tarif de référence). Pour sa part, cette dernière concerne les normes sur les vertus thérapeutiques des produits médicaux (annulation de paiement).¹

Le ticket modérateur est la forme la plus simple de frais d'utilisation qui a été imposé en Algérie en 1995. À ce type de prix, le patient doit payer un pourcentage fixe (100 Da par nuit) du coût des services fournis. Par conséquent, plus le coût du service est élevé, plus le montant à payer est élevé. Les utilisateurs denses sont désavantagés parce qu'ils doivent contribuer plus proportionnellement au remboursement des dépenses engagées.²

Le tarif de référence est déterminé sur la base du prix des médicaments génériques les moins chers pour un groupe de la même catégorie, qui a le même principe actif, la même méthode de gestion et les vertus thérapeutiques.

Ce mécanisme de responsabilité financière pour les utilisateurs .Le système « tarifaire de référence » dont l'objectif principal est d'encourager les praticiens à prescrire des médicaments génériques plutôt que des médicaments clés.

De plus, l'État a mis au point un autre instrument de réglementation, Le déremboursement des médicaments, une méthode qui est apparue en Europe, particulièrement en Allemagne, en France et en Angleterre. Il s'agit d'une liste de médicaments non autorisés couverts par l'assurance maladie.³

3.3. La planification et la maîtrise de l'offre :

En ce qui concerne la réglementation de la prestation de soins de santé, avant la transition, l'Algérie s'appuyait sur une "approche tout à fait rigoureuse" de l'économie de marché. Fondée sur les hypothèses théoriques de la demande induite⁴, en vertu de laquelle elle crée la prestation de soins.

Pour surveiller l'expansion de la famille et le nombre de professionnels de la santé, les autorités publiques ont mis en place des mécanismes pour planifier et surveiller le développement de l'offre. Cet effet a permis de développer deux dispositifs : l'un axé sur les avantages de la planification et de la rationalisation du développement des tissus hospitaliers,

¹ Youcef ABBOU , Brahim BRAHAMIA, op.cit.p.152

²www.santé.dz consulté le 25/05/2022.

³Ibid.p.153.

⁴Rochaix, L. ; Jacobzone, S. (1997). L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. Numéro spécial économie de la santé, Économie et Prévision. N° 129-130, juillet-septembre, 3/4

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

au moyen d'une carte sanitaire, et l'autre visant à restreindre l'accès aux études médicales par une approche similaire au numerus clausus.

Une carte sanitaire, dans ce cas, est l'un des outils de planification qui vise à contrôler la prestation des soins hospitaliers. La création d'une carte de santé en Algérie remonte à 1982 et visait à rationaliser l'offre de soins et à tenir compte autant que possible des besoins de santé de la population. Au début de sa mise en œuvre, cette carte a fourni une ventilation du territoire national en treize (13) zones sanitaires, chacune couvrant un certain nombre de wilayas, avant d'être réorganisée pour devenir une section de l'espace territorial avec seulement cinq (5) zones sanitaires.¹

4. Les forces et faiblesses du SNS :

4.1. Les forces du SNS :

Soins complets et gratuits grâce à la solidarité nationale (contributions) et une bonne continuité des soins.

- ✓ Couverture géographique homogène en termes d'infrastructures : structure de santé de proximité (salle de soins, polyclinique, cabinet médical privé).
- ✓ Réseau d'infrastructure hospitalière (CHU, EHS, hôpitaux publics, établissements privés) avec suffisamment de lits pour répondre à la demande de la population.
- ✓ Potentiel en personnel médical et paramédical en nombre suffisant quoique mal réparti.
- ✓ Programmes de prévention des maladies transmissibles et de maîtrise de la croissance démographique : amélioration des indicateurs.
- ✓ Cependant, ces points positifs ne doivent pas cacher les diverses contraintes et déficits du système de santé au risque de remettre en question les principes fondamentaux d'accès et d'équité.²

4.2. Les faiblesses du SNS :

- ✓ Surconsommation des prestations et médicaments (gaspillage).
- ✓ Les patients sont moins responsables de la gestion et du contrôle du système.
- ✓ Augmenter la contribution directe.

¹ Youcef ABOU, Brahim BRAHAMIA, op.cit.p156.

² Ali AIT-MOHAND, SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ (SNS), Université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou Faculté de médecine Département de médecine, 2017, p .29

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

- ✓ problèmes de gestion et financement inadéquat.
- ✓ Manque de personnel et d'équipements médicaux adéquats et départ des spécialistes publics, vers un secteur privé en pleine expansion.
- ✓ Les établissements de santé participent peu au développement des programmes de santé, en raison de la centralisation des organes de décision.
- ✓ Diminution de la part du PIB consacrée à la santé alors que les besoins en matière de santé ont augmenté
- ✓ Cette accumulation de nouveaux problèmes et défis à venir rend nécessaire la mise en œuvre d'une politique de santé plus cohérente qui puisse mieux répondre aux besoins de la situation.¹

5. Les enjeux de la gratuité des soins :

- ✓ Développement rapide du secteur privé sans contrôle ni coordination.
- ✓ Manque d'intégration des secteurs public et privé dans les soins.
- ✓ Difficultés d'accès aux services de soins publics et très faible remboursement pour les prestataires de services privés.
- ✓ L'utilisation du temps supplémentaire accordé aux praticiens a miné la crédibilité du secteur public.
- ✓ Manque de procédures administratives efficaces et gestion déficiente.

¹ Dr Ali AIT-MOHAND, op.cit.pp.30-31

Section 3 : le système d'information médico-économique comme outil préalable à l'instauration de la contractualisation.

1. Les calculs des couts des prestations médicales et économiques :

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est une méthode de transfert de groupes liés au diagnostic en France (DRG) mise au point à l'Université au début des années 1980 pour stopper la dérive des dépenses de santé. Le nouveau système d'allocation budgétaire des États-Unis était fondé sur une contribution variable en fonction du poids du travail déterminé par la classification médico-économique de l'hospitalisation.¹

L'homogénéisation de groupe est avant tout économique et la logique médicale ne vient qu'en deuxième position. Il est étroitement lié à la durée d'hospitalisation, comme le prouve l'analyse de Fitter la première de plusieurs millions de cas.

En 1981, le système de santé français a lancé un projet de médicalisation des systèmes d'information basé sur les travaux de l'équipe du professeur Fitter aux États-Unis.

En fait, il classe en groupes homogènes de patients (G.H.M.) qui sont fidèlement dérivés des (G.H.M.) qui dérive fidèlement des Diagnoses Related Groups (D.R.G.) nord-américains.

Ce projet, après l'expérience américaine, dans le cadre du programme MEDICARE, à partir de 1983 est devenu P.M.S.I. et permet de suivre la distribution des patients classés par groupes homogènes dans les établissements de court séjour.

En fait, P.M.S.I. craint au début de l'essai que de courts séjours pour la médecine, la chirurgie et les soins obstétricaux (MCO) établissements de santé.

D'autres types de soins, tels que le suivi et la réadaptation (S.S.R.) , ne sont pas pris en compte.²

L'outil sera utilisé comme moyen de négociation et de comparaison dans le cadre général de la D.G.F.(la dépense globale de financement).

Le P.M.S.I. est donc « un outil médico-économique destiné à décrire les activités des agences de santé publique ». il est également accompagné de en instaurant des relations

¹ ROBERT HOLCMAN, management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitaliers, Dunod 4^e édition, p. 689.

² Olivier Lenay, Jean-Claude Moisdon ; Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier ; REVUE Française de gestion N°146, 2003

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

d'agence dans le système de santé, comme le programme Médicalisation des Systèmes d'Information permet de contractualiser les relations qui existent entre les différentes parties prenantes au système de santé.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a pour objectif de collecter toutes les informations relatives à l'activité médicale des établissements hospitaliers. Ce programme est constitué d'un ensemble d'informations administratives (âge, durée de séjour...) et médicales (diagnostic, traitements...) relatives au court séjour de chaque patient dans l'établissement (médecine, chirurgie et soins obstétricaux).

Il est à noter que l'expérience était initialement réservée à ces trois départements et a ensuite été généralisée à d'autres, en tenant compte des nombreuses caractéristiques médicales fonctionnelles de chaque département.

Le PMSI est considéré comme une révolution dans le système de santé français car il a noué de nouvelles relations et introduit une nouvelle vision de la gestion hospitalière.¹

Le PMSI est essentiellement un outil d'allocation budgétaire des hôpitaux, qui permet de calculer avec précision les coûts et les résultats. Basé sur la méthode de calcul de l'indice d'activité artificielle (ISA) pour les établissements, développé à partir de la notation G.H.M.

Le calcul de l'ISA repose sur deux variables :

- Le nombre de chaque G.H.M. produit
- poids économique relatif par G.H.M .

❖ Il s'agit d'assurer :

L'équilibre entre la responsabilité médicale et le suivi statistique de l'activité et des coûts; cohérence entre le niveau de gestion et le suivi statistique de l'activité et des coûts; Lien fonctionnel entre les responsabilités médicales et les niveaux de gestion. Toute unité fonctionnelle, de gestion ou de gestion est entièrement définie par une série de modules d'analyse. Le module d'analyse appartient à un seul module L'unité fonctionnelle.

Il s'agit d'une condition nécessaire pour qu'un médecin, chef de section ou chef de l'unité fonctionnelle obtienne le service complet pour son activité et les coûts correspondants. Assurer la cohérence entre le niveau de gestion et le suivi statistique des activités et des coûts

¹ Kara Terki Assia, op.cit.pp.373- 374.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Il faut veiller à maintenir le lien fonctionnel entre "responsabilités médicales et niveaux de gestion" : structures médicales établies comme centres de responsabilité, situés à un niveau plus élevé que les départements ou fédérations. Ces règles nous permettent d'analyser l'activité et les coûts en fonction de chaque "ligne de responsabilité."¹

❖ Les règles de gestion des flux d'informations : Il existe deux types de flux² :

- **de gestion** : Il s'agit des échanges de ressources entre les structures, L'unité de compte en est l'unité monétaire, puisqu'il s'agit d'enregistrer des dépenses .Ce type de gestion de flux sert à connaître, les coûts de production engagés à partir de ressources communes pour réaliser l'activité affectée aux unités de gestion utilisatrices au sein de l'unité.
- **D'activités** : Échanges d'unités de travail entre structures. L'unité de compte est volumétrique ou physique. (à titre d'exemple : journées d'hospitalisation, séjours, actes réalisés, etc.). Ce type de flux est entrepris lorsqu'une unité d'analyse d'un service clinique, demande la réalisation d'actes, à une unité d'analyse du plateau technique.

2. La triple comptabilité hospitalière (TRICOH) :

Le système 3COH permet aux utilisateurs du système d'obtenir toutes les informations comptables et financières disponibles au sein de l'hôpital pour aider le gestionnaire à prendre des décisions.

L'établissement d'un "système triple" pour la gestion comptable des hôpitaux est certainement un défi majeur, mais il est devenu une nécessité pour la gestion budgétaire, le contrôle du patrimoine et la gestion des coûts.

Grâce à ces trois calculs, le système 3COH fournit des indicateurs plus appropriés de la prise de décision et une véritable définition des besoins de l'organisation.³

¹ Khaldi Mustapha , L'évaluation du procédé du calcul des coûts et de la gestion des prestations de l'établissement public hospitalier Algérien , université Abou bakr belkaid Tlemcen , sans date .

²Ibid.p.196.

³ BENMANSOUR Sonia ,op.cit .p.111

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Le système informatisé de comptabilité de gestion est établi, au niveau des gestionnaires des établissements de santé publique, par un système basé sur la gestion en temps réel pour créer et diffuser l'information.¹

2.1. Le rôle du système 3COH ²:

Le logiciel 3COH vise à soutenir la gestion intégrée du système d'information comptable de l'hôpital. Fonctions clés du système, y compris la prise en charge de la gestion du système comptable général de l'organisation :

- Gestion du plan comptable, enregistrement des écritures, production de documents de base tels que le bilan général, le grand livre, le journal général, même les états financiers (bilan, tableau des flux de trésorerie, compte de résultat, etc.).
- Gestion des dossiers fournisseurs,
- Gestion et suivi des contrats et accords, émission et gestion des bons de commande, enregistrement et enregistrement des recettes, traitement des factures chat, obligations budgétaires et de liquidation, et la surveillance de la consommation des biens et services entreposés : En tenant compte des demandes de services et de prestation de services (livraisons en temps opportun, livraisons de dons, livraison sur demande avec identification du patient), soumettre les articles à des tiers autres que les services, et suivre la consommation par service, par tiers, par article, par famille, par le Département des Communications et de l'Information.
- La gestion globale de tous types de stocks : médicaments, produits alimentaires, produits d'entretien, pièces détachées et consommables. Traitement des différents mouvements d'entrées, sorties, réintégration et rapprochement, avec génération automatique d'écritures comptables.
- Gestion des immobilisations : acquisitions, dépréciations, réparations et cessions. Suivi par famille et localisation.
- Calcul automatique de la consommation avec répartition automatique des coûts de consommation pour chaque service.

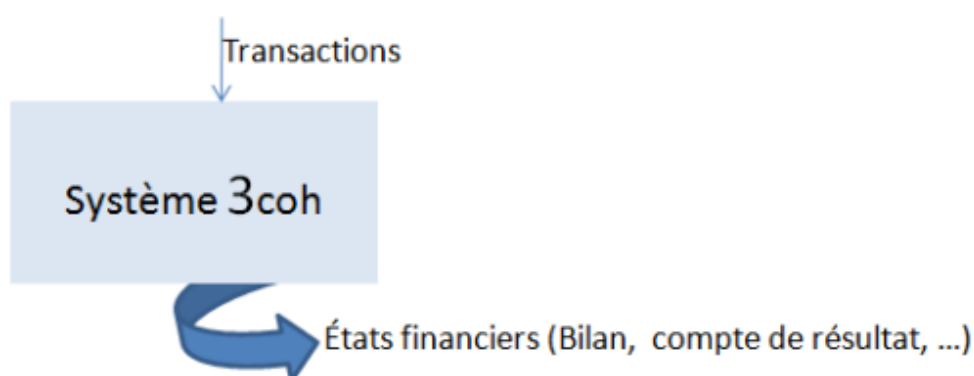
¹ Arrêté interministériel du 6 Moharram 1436 correspondant au 30 octobre 2014 fixant les modalités d'application du système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements publics de santé ainsi que la liste des établissements concernés par la mise en œuvre de ce système, p. 28 .

² PRÉSENCES INTERNATIONALE, Projet 3COH: Guide de l'utilisateur, février 2010, p.8.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

- Trésorerie et système de facturation ; tenue de la trésorerie en tenant dûment compte de la séparation des fonctions des membres du personnel autorisés de celles du bénéficiaire.
- Calcul du coût des services fournis.
- La fonction principale du système est de préparer les états financiers à partir des transactions (ou importés d'autres logiciels) .

Figure 1: Résultat d'une transaction



Source : Projet 3COH (2012) : « Guide de l'utilisateur », Algérie

2.2. Présentation des trois comptabilités :

Le système informatisé de comptabilité de gestion comporte trois (3) comptabilités une comptabilité générale, budgétaire, analytique :

2.2.1. La comptabilité générale :

« La comptabilité générale, est un système ancien et simple consistant à enregistrer les opérations, c'est un système de modélisation monétaire des flux économiques ». ¹

Utilité de la comptabilité générale :

Les écritures comptables sont consignées dans un document appelé Journal comptable. Tous les mouvements affectant les actifs et les pertes sont enregistrés selon l'opération et l'ordre chronologique.

¹ BOUQUIN Henri, « Une défense de la comptabilité de gestion », Revue Française de comptabilité, Février 1993.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Ces écritures comptables sont prévues selon le système de "double partie ", ce qui porte le montant de l'écriture comptable à au moins deux mouvements : débit et crédit conformément aux dispositions de l'article 5 du décret exécutif n° 91-313 du 7 septembre 1913.¹

L'information financière doit respecter les règles suivantes² :

- **L'intelligibilité ou clarté** : l'information doit être facile à comprendre pour les lecteurs et les utilisateurs de comptes;
- **Pertinence ou efficacité** : L'information doit être fournie en appliquant le concept d'importance relative, qui peut influencer sur l'évaluation ou la décision du lecteur;
- **Fiabilité ou confiance** : L'information doit donner une image fidèle et équitable de l'actif, du passif et de la situation financière de l'entité dans sa nature et dans son évaluation.

La comptabilité générale génère trois états financiers appelés compte annuel est composé d'un bilan et d'un compte de résultat et un tableau de flux de trésorerie :

- ✓ **Comptes de bilan (ou état)** utilisés pour créer un inventaire : Mesure de l'actif et du passif d'une entreprise à un moment donné (actif et passif).

L'actif: est une ressource contrôlée par les événements passés et les retombées économiques sont attendues à l'avenir. Nous trouvons dans les actifs, présenter l'argent, les réclamations, les stocks (médicaments, réactifs, produits d'entretien, consommables, pièces de rechange, etc.), les immobilisations (terrains, bâtiments, installations, matériel médical, mobilier de bureau, véhicules, ambulances, etc.),

Le passif :est une obligation permanente résultant d'événements antérieurs, et son annulation devrait entraîner une sortie de ressources représentant des avantages économiques, en passifs, emprunts, montants dus à différents fournisseurs, impôts et dettes... etc. Le bilan est toujours équilibré d'un point de vue comptable (passif = actif) .³

- ✓ **Les comptes de résultat** : Calcul des profits et pertes mesurant les ressources (revenus) et les dépenses (dépenses) sur une période de temps : le revenu est une augmentation de l'intérêt économique au cours de l'année, sous forme d'entrées ou d'augmentations

¹ <http://www.site3coh.dz>.

² MERCANTON Eric, ROUSSEAU Jean-Marc, « Les normes IAS/IFRS », Edition Dalloz, Paris, Juin 2006, p.13.

³ BENMANSOUR SONIA ,op.cit.pp.112- 113 .

d'actifs, ou une diminution du passif entraînant une augmentation des capitaux propres. Contrairement aux revenus, les dépenses sont une diminution des avantages économiques au cours de l'année sous forme de sorties de fonds ou d'une diminution des actifs, ou d'obligations entraînant une réduction des capitaux propres.¹

- ✓ **Le tableau de flux de trésorerie** : Un document comptable très apprécié des gestionnaires pour une raison simple : il est facile à interpréter car il ne montre que les entrées et sorties de fonds. Le tableau fournit des renseignements qui permettent aux utilisateurs d'évaluer l'évolution de l'actif net de l'entité (hôpital), de la structure financière (y compris la liquidité et la solvabilité) et de sa capacité à ajuster les montants et le calendrier des flux de trésorerie en fonction de l'évolution des circonstances et des opportunités.²

2.2.2. La comptabilité analytique :

1. Définitions:

Le conseil national de la comptabilité définit la comptabilité analytique comme suit : la comptabilité analytique d'exploitation est connue pour mettre en relief les éléments constitutifs de coût et des résultats qui présentent le plus d'intérêt pour la direction de l'entreprise³

La comptabilité des coûts hospitaliers peut être déterminée par ses objectifs⁴ :

- Connaître les coûts et les revenus des diverses tâches, Production de soins, fonctions cliniques, médecine technique Ou administrative,
- Permettre la surveillance de la direction pour fournir des renseignements prédictifs fondés sur les résultats de la comptabilité analytique;
- fournir au Ministère les renseignements nécessaires pour orienter la prise de décisions administratives et de gestion;
- Contribuer au dialogue sur la gestion interne des établissements.

¹ MAILLET Catherine, LE MANH Anne, « Normes comptables internationales IAS/IFRS », Edition Berti, Alger, 2007, p.33.

² BENMANSOUR SONIA ,op.cit.p .113 .

³ KHALDI MUSTAPHA, op.cit.p .72.

⁴Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, direction générale de l'offre de soins ,1er janvier 2012, p .10

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Les charges et les produits comptabilisés en comptabilité analytique sont dérivés de la comptabilité générale. Ainsi, le calcul des coûts est basé sur principes de base dérivés des normes comptables pour la production d'informations régulières et honnêtes pour donner une image juste : prudence, comparabilité, durabilité des méthodes, etc. Elle fournira au Directeur des informations plus détaillées, en particulier les frais par destination, et lui donnera des réponses à des questions telles que ¹:

- Quels sont les coûts du personnel du service infectieux?
- Quelle est la valeur des médicaments consommés par le service d'ophtalmologie?
- Quel est le coût de l'acte, comme une greffe de rein?
- Quel est le nombre annuel d'hôpitaux?

En comptabilité analytique, il existe deux principaux modèles de calcul des coûts : les coûts partiels (méthodes de coûts variables et spécifiques, bons calculs et coûts marginaux). et les coûts totaux (méthode des sections homogènes, ABC/ABM, méthode des unités à valeur ajoutée, etc.)

Les méthodes les plus utilisées sont les suivantes :

- 1. Méthode des sections homogènes :** Tient compte de toutes les dépenses selon la possibilité de les affecter directement ou indirectement au coût que nous voulons calculer. Le coût total est donc la somme des coûts directs qui peuvent être attribués et des coûts indirects qui sont attribués au moyen des commutateurs de distribution qui mènent à l'établissement des coûts d'un produit, d'un service ou d'une activité.

Les "centres d'analyse" intermédiaires, puis distribués proportionnellement à un représentant clé de la consommation des coûts indirects²

Dispositif règlementaire³ :

Conformément à l'instruction Ministérielle N°15 du 03 Octobre 2001 portant la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogènes, il a été mise en œuvre Le calcul des coûts par la méthode des sections homogènes au sein des établissements publics de santé.

¹ BENMANSOUR Sonia, op.cit.p.115.

²Document interne de chu Mustapha

³ Ibid.

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

La mise en place de ce procédé repose sur le renseignement des canevas ci- après désigné :

CANEVAS « A » qui comprend:

- La charge salariale.
- Dépense de pharmacie.
- Dépense Alimentaire.
- Dépense d'Entretien et Maintenance.
- Dépenses de Fournitures Diverses.
- Charges Communes.

CANEVAS « B » qui comprend:

L'activité du plateau technique (les laboratoires, service de radiologie, chirurgie dentaire.....ect).

CANEVAS « C » qui comprend:

- Répartition primaire des charges.
- Répartition secondaire des charges.
- Répartition primaire et secondaire des charges.

Le but de la méthode de section homogène est de déterminer le coût total de chaque service, y compris les frais directs pour les services, et une part des frais indirects totaux de l'organisation, qui sont calculés sur une base clé de répartition.

La mise en œuvre de cette méthode exige que l'établissement soit divisé en sections homogènes divisées en deux catégories :

1. Sections Principales.
2. Sections auxiliaires

Les sections principales : sont les services dont l'activité concourt directement à la production de l'unité d'œuvre pour laquelle nous calculons le coût tel que les services d'hospitalisation, les services de consultationect .

Les sections auxiliaires : sont les centres d'activité qui ne produisent pas directement les unités d'œuvre objet du calcul des coûts, mais qui sont plutôt prestataires de service au profit des sections principales tel que les laboratoires, les services administratifs ...et. .

Tableau 6: Sections principales et sections auxiliaires en milieu hospitaliers :

Sections principales	Sections auxiliaires			
	A caractère médical	A caractère général		
		Administration	Service économique	Service social
Hospitalisation	Bloc opératoire	Distribution	Pharmacie	Assistance Sociale
Hôpital de jour			Magasins	Médecin personnel
Consultation	Imagerie	Économat	Parc Auto	Chambres de garde
Urgences	Laboratoire	Personnel	Lingerie	Logements
Hémodialyse	Exploration F	Bureau Entrées	Buanderie	d'astreinte Crèche
Stomatologie	SEMEP	Surveillance	Cuisine	Internat
Médecine du Travail	Ergothérapie	Standard	Entretien	Locaux syndicaux
Médecine Légale	Rééducation	Bibliothèque	Hygiène	Foyer / cafétéria
SAMU				

Source : MSPRH, « Guide méthodologique de calcul des coûts en milieu hospitalier » Alger, 2001.*

- L'activité de chaque section donne lieu à une unité d'œuvre comme suit¹ :
- L'unité d'œuvre dans les services aux malades hospitalisés est "J.H" (jour d'hospitalisation).
- L'unité d'œuvre pour les services de consultations est "C" (consultation).
- L'unité d'œuvre du laboratoire est "B" (selon les signes de travail des professionnels de la santé développés par MSP).
- L'unité d'œuvre des services de chirurgie dentaire est "D" (selon les signes de travail des professionnels de la santé développés par MSP).

¹ Document interne de chu Mustapha

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

- L'unité d'Œuvre du service des Urgences médico- chirurgicales, et le SAMU est : « PACKAGE » (conformément à la Nomenclature des actes des professionnelles de la santé élaborée par le MSP).
- L'unité d'œuvre du service d'Hémodialyse est : « SEANCE » (conformément à la Nomenclature des actes des professionnelles de la santé élaborée par le MSP).

Après le calcul les coûts par service selon la méthode des sections homogènes nous obtenant ce qui suit :

- ✓ le cout d'une JOURNEE D'HOSPITALISATION «J. H » pour les services d'hospitalisation
- ✓ le cout d'une CONSULTATION« C» pour les services de consultation.
- ✓ le cout d'une SEANCE d'Hémodialyse « SEANCE ».
- ✓ le cout du « D » pour les services de chirurgie dentaire.
- ✓ le cout du « B » pour les Laboratoires.
- ✓ le cout du « R» pour le service d'Imagerie
- ✓ le cout du « PACKAGE » pour le service des Urgences médico- chirurgicale, et le SAMU.

3. La méthode ABC :

Les réparations du système hospitalier inspirées du modèle "Fetter", qui reposent sur une connaissance approfondie de l'activité hospitalière, ont conduit à la nécessité de revoir tous les outils de gestion traditionnelle utilisée.

Dans ce contexte, l'un des premiers outils touchés par le changement est la comptabilité analytique traditionnelle, connue sous le nom de style analytique du Centre.

Pour diverses raisons, aujourd'hui, il n'a pas été suffisamment adapté pour gérer une organisation moderne.¹

D'après Guy HERVIER«La méthode ABC, a commencé à se diffuser dans les entreprises à partir des années 80, d'abord aux Etats-Unis puis en Europe...elle a pris le relais de la comptabilité analytique, devenue de plus en plus inopérante, à déterminer des coûts de revient,en particulier en raison de la distinction coûts fixes / coûts variables»²

¹Philippe Rabiller, Alain chabert et rené masseyeff « ABC/ABM un outil décisionnel moderne pour l'hôpital » CAMSP, Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon .

² Guy HERVIER, « Optimisez vos achats », Editions d'organisation 2003

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Selon Michel MONEREAU«la méthode ABC (Activity-Based Costing) est une méthode de calcul du coût de revient d'un produit ou d'un service qui consiste à identifier les activités ou les processus requis pour leur création et à prendre en compte leurs coûts respectifs.»¹

3.1. Principe de la méthode ABC:

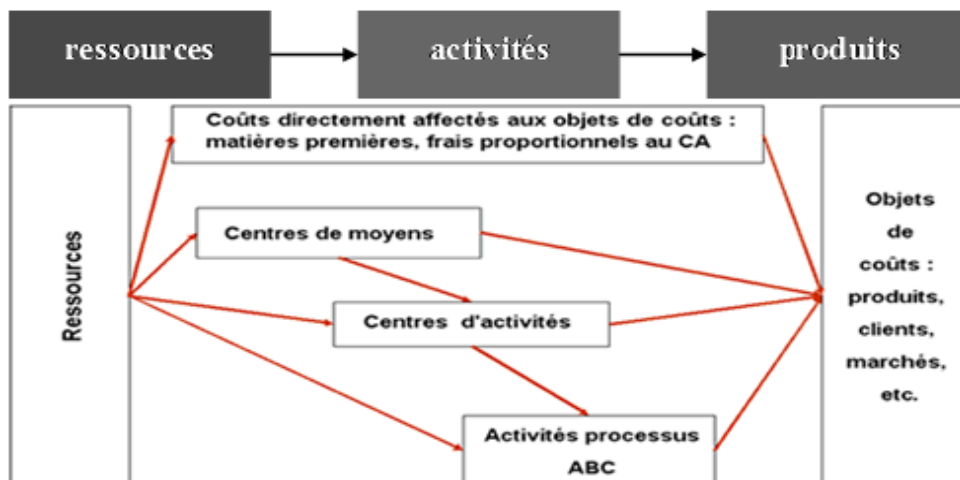
Dans les méthodes traditionnelles de calcul des coûts, le lien de causalité entre les produits et les ressources est direct : les produits consomment des ressources et la consommation est la raison d'être des coûts. Dans l'approche par activité (méthode ABC), la causalité varie : c'est le groupe d'activités qui consomme les ressources et donc Détermine les coûts. D'autre part, les produits consomment des activités.²

¹ Michel MONEREAU. « Gestion des entreprises touristiques », 2^e édition, 2008.p. 48

² Khaldi Mustapha , op.cit .p.207

La figure suivante illustre cette logique :

Figure 2 : Liens de causalité entre les produits et les charges dans la méthode ABC.



Source : Extrait de : Pottier. F. p.88. « La Méthode A. B.C-concepts de base »-1998.

Pour mieux comprendre cette méthode, il est nécessaire d'identifier certains concepts tels que : ressources, activité, processus et induction:

1. Les ressources :

Les ressources sont les dépenses indirectes consommées par les activités. Les droits directs sur les produits sont attribués par les classifications. Seules les dépenses indirectes sont affectées et imputées aux coûts du revenu par le biais des activités. Il est plus logique d'utiliser le terme « ressources » que « charge » car « une charge est subie, alors qu'on agit sur une ressource en choisissant son niveau d'utilisation et l'activité où elle sera employée ».¹

2. L'activité : Pour Michel GERVAIS « l'activité est une mission spécifique ou un ensemble de tâches de même nature accomplies en vue de permettre un ajout de valeur à l'élaboration d'un produit² ».

LORINO à son tour la définit comme : « un ensemble de tâches élémentaire :

- réalisées par un individu ou un groupe,
- faisant appel à un savoir-faire spécifique,
- homogènes du point de vue de leurs comportements de coût et de performance,
- Fournir une sortie (pièce rectifiée, fournisseur qualifié).
- à un client interne ou externe,

¹ Ravignon L., « Méthode ABC/ABM, Rentabilité mode d'emploi », Editions d'Organisation, 2003, p.264

² Michel GERVAIS, Contrôle de gestion, 5ème édition ECONOMICA, Paris, date 2006, p.119 .

- à partir d'un panier d'inputs (travail, machines, informations,...)¹

3. Le processus :

Selon Laurent RAVIGNON et al « le processus est un regroupement d'activités participant à un même objectif, reliées entre elles par des flux d'information ou de matièreLe processus détermine ce qui a besoin d'amélioration. Le processus fournit un produit (ou une prestation) interne ou externe. Les activités d'un processus s'enchaînent logiquement. On suit la formation de l'output du processus en passant des activités situées en amont vers les activités se trouvant en aval (exemples de processus : définir la politique d'achat, commercialiser en grande distribution »² ou bien une Séquence des activités provoquées par la même raison et la soumission d'un produit, d'un service ou d'autres informations de valeur à un client interne ou externe. ³

4. L'inducteur :

Selon Thierry Jacquot et Richard MILKOFF «un inducteur mesure le niveau de réalisation de l'activité par le volume produit : nombre de lignes de facturation, séries lancées, de contrôles A la différence de la notion d'unité d'œuvre, ce terme traduit une relation de causalité- le volume produit induit une activité- permettant l'allocation des coûts de l'activitéaux produits et/ou aux processus.. Il devrait fournir une mesure cohérente de la consommation d'activités. » ⁴

3.2. Les Etapes de L'implantation de La méthode ABC⁵ :

▪ 1^{ère} étape : analyse des activités :

Cette étape consiste à identifier et à définir les activités entreprises dans l'institution, en fonction de leur mise en œuvre, plutôt que de ce que l'on voudrait être. Elle exige les conditions préalables suivantes : les objectifs de l'approche doivent être clairement définis, car la représentation des activités doit être conforme aux objectifs immédiats et futurs de l'Organisation.Le projet nécessite l'acceptation et la compréhension de toutes les personnes de la structure. Il devrait s'agir d'un projet collectif impliquant tous les acteurs impliqués et qui

¹Philippe LORINO, « Le contrôle de gestion stratégique, La gestion par les activités », Paris, DUNOD, 1991, p.40.

² Laurent RAVIGNON et al, « Méthode ABC/ABM, Rentabilité mode d'emploi », Edition d'Organisation, 2003, p.304

³P.MEVELLEC, « Qu'est ce qu'une activité ? », Revue française de comptabilité, n°238,1992

⁴Thierry Jacquot et Richard MILKOFF, comptabilité de gestion «Analyse et maîtrise des coûts», 2007.p.p.241.242

⁵ Khaldi Mustapha , op.cit. pp209- 210 .

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

nécessite leur soutien. Les divers renseignements requis doivent être disponibles au sein de l'organisation afin de gagner du temps.

- **2^e : saisie et affectation des ressources (charges indirectes) :**

Cette étape consiste à déterminer le coût des activités en y affectant des dépenses indirectes. Pour déterminer le fardeau indirect de la structure, les données du système d'information de l'Organisation et d'autres mesures spécifiques mises en œuvre de façon ponctuelle sont utilisées sur le terrain. La distribution peut se faire soit directement, s'il y a un lien étroit entre les coûts et les activités, soit par des commutateurs de distribution.

- **3^e : Le choix des inducteurs :¹**

Un indicateur est utilisé pour imputer les coûts de l'activité aux coûts du produit. Pour choisir un catalyseur approprié, il est nécessaire d'identifier un catalyseur d'activité. Par exemple : si l'activité est causée par le volume de production, nous choisirons plutôt une induction pour la méthode du "nombre de pièces produites". Les dépôts peuvent être classés comme suit : dépôts associés aux volumes fabriqués, dépôts associés aux lots ou aux chaînes, dépôts associés à la présence de références et dépôts associés à la structure de production.

- **4^e : La phase de regroupement des activités par inducteur :**

Il est courant pour de nombreuses activités d'avoir le même indicateur. Les activités sont regroupées selon le catalyseur commun et les centres d'activités sont ainsi obtenus. Dans chaque centre, toutes les activités ont la même motivation.

- **5^{ème} étape : Le calcul du coût des inducteurs:**

Une fois que le coût total d'une activité a été déterminé pour une période donnée, le coût unitaire peut être calculé. Cela se fait en divisant le coût total de l'activité par une certaine période par le nombre de stimuli produits au cours de la même période. Ainsi, le coût inductif de chaque centre d'activité est calculé selon la formule suivante :

¹ L'avantage de la méthode « ABC » étant l'utilisation de trois types d'inducteurs, exprimant le : (volume, la complexité et l'efficacité). Pour le cas d'un hôpital, les critères de complexité et d'efficacité ainsi que le facteur volume sont déterminants dans la fabrication des coûts : « Banker, RD, Potter G., Schroder RG.-1995 ».

$$\text{Coût inducteur} = \frac{\text{Le total des ressources consommées par les activités du centre}}{\text{Volume de l'inducteur (nombre d'inducteurs)}}$$

▪ 6^e : imputation des ressources aux coûts des produits:

Afin d'évaluer la consommation de produits pour les activités, il est nécessaire d'énumérer toutes les activités nécessaires à la production du produit analysé. Ensuite, nous évaluons la façon dont ce produit consomme différentes activités, c.-à-d. le nombre de stimuli nécessaires pour chaque activité. Ce nombre de stimuli par activité est multiplié par le coût unitaire de ces mêmes stimuli. Le résultat est le coût d'une certaine quantité de produit.

3.3. Avantages de la méthode ABC :

Si nous nous engageons à exercer un contrôle administratif, ABC a de nombreux avantages par rapport à la comptabilité analytique traditionnelle, elle nous permet de comprendre l'organisation dans son examen.

Sans aucun doute plus qu'ailleurs, l'enquête est nécessaire pour les hôpitaux, où de nombreux services ou unités contribuent directement ou indirectement aux soins.

Connaître le coût du processus a été difficile pour la comptabilité analytique traditionnelle, alors qu'ABC est spécialement conçu pour cela. Le coût d'une procédure médicale complexe peut être connu avec une plus grande fiabilité que celle fournie par d'autres méthodes.¹

Le calcul des coûts par la méthode ABC est plus proche des réalités économiques, notamment en ce qui concerne le redressement des coûts indirects. Ces dépenses sont conformes aux ressources utilisées par les activités de soutien et les sources de valeur ajoutée qui ne sont pas moins importantes que les activités de base et qui doivent être contrôlées.

La méthode est pratique et peut être appliquée à un secteur ou à un processus particulier, même si elle est diffusée ultérieurement.

ABC fait un diagnostic économique qui ne sera un exercice académique que si aucune décision n'est prise; Le rôle de la gestion par activité (ABM) vise à apporter toutes les dimensions de la performance à l'Autorité, en particulier les dimensions de l'économie.

¹ Fabienne Alvarez ; Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels, recherche et santé, 1997

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Enfin, ABC/ABM est un outil puissant pour mener des campagnes d'amélioration continue de la qualité, pour faciliter les changements de stratégie et de comportement dans l'entreprise.¹

¹ KARA TERKI ASSIA, op.cit.p.349.

Conclusion :

La question centrale se présente, sous forme d'une analyse critique, du mode de gestion et de calcul des coûts, propre aux structures de santé publiques algériennes. Le mode d'organisation de l'institution publique de soins ; est-il en mesure d'adopter les outils et méthodes de gestion modernes, propres au management hospitalier . Quel system faudrait-il cependant instaurer pour rationaliser les moyens ?

Le problème de la maîtrise des coûts, n'est-il pas lié directement ou en partie, à la question de l'évaluation économique, comptable et financière. Est-il donc indispensable d'intégrer, les outils de gestion, tels qu'ils se présentent dans les entreprises à caractère économique et commercial. (Contrôle de gestion-audit interne –externe)...

Comme cadre d'analyse de l'efficacité ; et du niveau de rentabilité de la production des prestations hospitalières, la comptabilité analytique « hospitalière » ; n'est-elle pas le cadre essentiel à instaurer, afin de garantir la maîtrise des coûts.

La mise en pratique de la comptabilité analytique est-elle en mesure, de répondre à la question du prix de revient de journée hospitalière.¹ dans le cadre de la réforme ; et dès l'année (2004) les structures de santé publiques , furent dotées d'un guide, sous forme de canevas , ayant pour objectif l'instauration de la comptabilité analytique, ainsi que la création d'une structure « calcul des coûts » ; ayant pour charge : d'assurer une architecture comptable ; de collecter les l'information médicale , économique, comptable et administrative ; ainsi que le calcul des coûts de journées ; et de quelques indicateurs cliniques avec l'usage de la méthode des sections homogènes ; en dépit de l'absence d'un système d'information intégré .

Le dualisme comptabilité publique, et normes de gestions d'entreprise moderne, à caractère lucratif, ne constitue-t-il pas une entrave à la progression de l'institution hospitalière publique; dans la mesure où celle-ci, est appelée à être concurrentielle, et complémentaire au secteur privé de prestation de soins.

¹Coût de journée hospitalière : Représente l'unité de mesure clé de l'activité hospitalière. Le coût de journée intègre les consommations de charges médicales ainsi que les différentes charges indirectes calculées au prorata des prestations servies . Avant 1983 en France ; les hôpitaux publics étaient financés selon les prix de journées historiques (Année N-1) ; ces prix de journées résultaient du rapport entre montant total des dépenses d'exploitation courante et le nombre prévisionnel de journées d'activité. Réf. : chap. « Evolution des régimes budgétaires : (comptabilité hospitalière) » P.131-Evelyne Augier-Les études hospitalières –édition 2003.France. En Algérie ; le budget est décidé en rapport avec la capacité d'accueil de l'établissement ainsi que le nombre de journées réalisées .

Chapitre (II) :Le financement du système de santé national (en Algérie)

Les indicateurs classiques de mesure, de l'activité clinique (le victoria, le nombre de journées d'hospitalisation la nomenclature des actes non actualisée) ; sont insuffisants pour l'évaluation de l'activité hospitalière dans sa totalité.

Est-il nécessaire d'intégrer d'autres indicateurs ; dans le calcul des dépenses Médico-économiques.

Quels seraient dans ce cas les moyens à mettre en œuvre ; pour mesurer les coûts , et quelle serait la démarche à entreprendre , pour l'adoption d'un système de calcul des coûts qui soit basé sur « une tarification par type de pathologie ».

Concernant le système de soins Algérien ; y aurait-il une urgence pour mettre en place ; un processus d'évaluation des pratiques médicales, répondant à des impératifs d'ordre technique et économique ; partant du principe que l'évaluation de la qualité, des activités liées à la production de soins ; pourrait dans une certaine mesure améliorer les pratiques médicales, et la gestion de l'offre de soins.

Chapitre (III)

**Le rôle de la contractualisation sur
l'amélioration de financement et de la gestion
budgétaire**

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Introduction :

Pour mettre en évidence les éléments mentionnés et développés précédemment dans l'étude théorique et aussi pour obtenir une réponse à notre problématique et confirmer ou infirmer nos hypothèses. Nous consacrerons enfin ce dernier chapitre à l'aspect pratique de notre travail.

Après avoir vu dans les deux chapitres précédents les aspects théorique de la contractualisation et le financement du système de santé en Algérie. Pour mieux présenter les résultats obtenus nous avons divisé ce dernier chapitre en trois sections.

La première section sera consacrée sur la présentation générale de « CHU MUSTAPHA BACHA », la deuxième section abordera la présentation de la méthodologie de notre recherche, et pour finir notre chapitre nous allons élaborer la dernière section pour présenter l'analyse et l'interprétation des résultats de notre enquête.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Section 1 : Présentation du CHU Mustapha :

1. Historique :

Le décret n° 86-25 du 11 février 1986, publié au Journal Officiel du 12 février 1986, définit les C.H.U comme des établissements publics à caractère administratif dotés d'un caractère moral et de l'autonomie financière. Le ministère de la Santé publique exerce un contrôle administratif et le ministère de l'Enseignement supérieur un contrôle éducatif.

L'hôpital Mustapha, situé sur la rue bouznad Salem, à Alger, a été ouvert le 1er août 1854 et le 16 décembre 1986, couvrant une superficie de 25 hectares, l'hôpital Mustapha et l'intégration de la clinique Debussy, la naissance de l'hôpital universitaire d'Alger. (C.H.U) et décret n°86,295 du 16 décembre 1986 portant création du décret n°86-25 du 2 novembre 1986 portant création du statut uniforme des hôpitaux universitaires.

2. Mission :

2.1. En matière de soins :

- Participer à la mise en œuvre des programmes nationaux de prévention et d'éducation à la santé.
- Fournir des examens, des traitements et des soins, en particulier des soins infirmiers qualifiés, et toutes activités contribuant à protéger la santé de la population
- Participer à l'élaboration des normes pour les équipements sanitaires, scientifiques et pédagogiques dans les établissements de santé.

2.2. En matière de formation :

- en coordination avec l'Institut national de l'enseignement supérieur en sciences médicales, former des diplômés de troisième cycle en sciences médicales et participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes pertinents.
- participation à la formation d'assistants médicaux, administratifs et techniques dans le domaine de la santé publique.
- participation à la formation continue des professionnels de la santé.

2.3. En ce qui concerne la recherche:

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

- Mener toutes les études et recherches dans le domaine des sciences médicales dans le cadre des règlements en vigueur.
- Organisation de journées d'étude, dans les limites des performances régulières et permanentes des services, pour promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche dans le domaine de la science médicale.

3. Présentation succincte du C. H. U. A Mustapha :

- **Superficie :**
 - 15 HA dont 09 HA de surface bâtie
 - Conception architectural
 - Système pavillonnaire
- **Capacité En Lit : 1880**
- **Institut de chirurgie dentaire avec :** 118 blocs dentaires
- **Infrastructures :**
 - 04 bâtiments Administratifs
 - 20 points d'urgence
 - 15 Services Médico-Techniques
 - 16 Amphithéâtre avec une capacité 1852 places
 - 27 blocs opératoires avec 60 salles opératoires
 - 26 services d'hospitalisation
 - 30 points de consultations
- **Centre de transfusion sanguine compose des structures suivantes :**
 - 01 banque de sang (prélèvement - Conservation - distribution)
 - 01 Laboratoire d'hématologie
- **Spécialités existantes : Spécialités médicales**
 - Médecine du travail Néonatalogie
 - Médecine infantile
 - Réanimation polyvalente
 - Neurologie
 - Médecine légale

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

- Médecine interne
- Cardiologie
- Gastro-entérologie
- Diabétologie
- Dermatologie
- Psychiatrie
- Pneumo-phtisiologie

- **Spécialités chirurgicales :**
 - Chirurgie générale adultes
 - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 - Chirurgie infantile
 - Chirurgie cardiaque
 - Transplantation rénale
 - Urologie
 - Traumatologie Orthopédie
 - Neurochirurgie
 - O.R.L
 - Ophtalmologie
 - Chirurgie maxillo-faciale
 - Gynécologie Obstétrique
 - Urgences médicochirurgicales

- **Radiologie :**
 - **Laboratoire :** Anapa th - Biochimie - Microbiologie – Parasitologie

- **Spécialités de chirurgie dentaire :**
 - Prothèse
 - Dentisterie opératoire
 - Pathologie buccodentaire
 - Paro odontologie
 - O.D.F

- **Activités médicales : Moyenne journalière**
 - Admissions /jour 140 (garde malade non compris)
 - Admission hospitalisation / Jour 32
 - Intervention chirurgicale 95

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

- Consultations externes	1800
- Examens de radiologie	915 (11221 R)
- Examens de laboratoire	2821 (99895 B)

A. Gestion administrative :

La CHU est dirigé par un conseil d'administration et présidée par un directeur général. Elle dispose d'un organe consultatif appelé le conseil scientifique. Un comité consultatif assiste le Directeur général de l'Hôpital universitaire pendant la période intersessions du Conseil scientifique.

• Conseil d'administration :

a) Composition :

- Le conseil des gouverneurs est composé:
 - Représentant du ministre de la Santé, président.
 - Représentant du ministre responsable de l'enseignement supérieur.
 - Représentant de la gestion financière.
 - Représentant de l'assurance économique.
 - Représentation des organismes de sécurité sociale.
 - Représentant du Conseil populaire du siège municipal du Centre hospitalier universitaire. Un représentant de l'Assemblée populaire de l'État siège à C.H.U.
 - Un représentant élu par les pairs des spécialistes des hôpitaux.
 - Un représentant élu par leurs pairs.
 - Un représentant du médecin élu par ses pairs.
 - Associations d'utilisateurs.
 - Élection d'un représentant du personnel à une assemblée publique.
 - Le Directeur général du Conseil participe aux délibérations du Conseil par un vote consultatif et en assure le secrétariat.

b) Responsabilités :

Le Conseil d'administration a délibéré sur :

- installations de développement à court et moyen terme.
- le projet de budget de la Fondation
- Comptes intermédiaires.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

- Compte administratif.
- Projets d'investissement.
- Éléments d'organigramme de service.
- Plan annuel d'entretien et de maintenance des équipements des bâtiments
- Les contrats relatifs aux prestations de soins infirmiers avec les partenaires des CHU, notamment les organigrammes de la sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités territoriales et autres organismes et groupements.
- Tableau des effectifs pour le projet de convention.
- Accepter ou refuser les donations et successions.

c) Fonctionnement :

Le conseil d'administration doit tenir une réunion ordinaire tous les six (6) mois. Des réunions extraordinaires peuvent être convoquées à la demande du président ou à la demande des deux tiers (2/3) des membres. Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

• le conseil scientifique:

A) Composition:

Le Comité Scientifique comprend :

- le chef de département, le chef de l'établissement d'enseignement supérieur concerné ou son représentant, le cas échéant, le chef de l'unité de formation recherche.

- Deux (2) à trois (3) membres nommés par le Directeur Général du C.H.U

Construire une communauté scientifique.

- Maîtres de Conférences et Maîtres de Conférences élus par leurs pairs pour un mandat de trois (3) ans.

- Le plus haut niveau du personnel infirmier désigné par le Directeur général

b) attributions :

Le Comité Scientifique est chargé de donner des avis, notamment :

- Établir des liens fonctionnels entre les services médicaux.
- lié au projet de plan matériel médical une construction et restructurer des services médicaux.
- les programmes de santé et de population.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

- les programmes de manifestations scientifiques et techniques.
- Établissement ou annulation d'installations médicales.
- accords de formation et de recherche en sciences médicales.

Le Conseil scientifique propose d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins, de prévention et de réforme du personnel en ce qui concerne les activités de services.

Il participe au développement de programmes de formation et de recherche en sciences médicales et à l'évaluation de l'activité de service dans les domaines des soins, de la formation et de la recherche.

Fonctionnement :

Le Conseil scientifique se réunit à l'invitation du Président ou du Directeur général pour la couverture sanitaire universelle, en session ordinaire, une fois tous les deux mois .Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande de son Président, de la majorité de ses membres ou du Directeur. Général du Comité. En l'absence du Président, la réunion est présidée par le Doyen des membres du Conseil scientifique. Chaque réunion produit un compte rendu dans un compte rendu ad hoc. Le Conseil scientifique ne peut se réunir correctement que si la majorité de ses membres sont présents. Toutefois, si le quorum n'est pas atteint.

Le Conseil scientifique établit et adopte son règlement intérieur.

• Comité consultatif :

a) Composition :

Le comité consultatif assiste le directeur général dans l'exercice de ses fonctions, notamment dans la mise en œuvre des propositions et recommandations du Conseil scientifique.

En plus du directeur exécutif, le Comité consultatif comprend le président :

- Président du Conseil scientifique.
- Trois (3) à sept (7) chefs de département nommés par le Conseil scientifique.

b) fonctionnement :

Les réunions du Comité consultatif peuvent être étendues, à l'initiative du Directeur général pour la couverture sanitaire universelle ou de la majorité des membres du Comité

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

consultatif, au Secrétaire général et aux directeurs des structures de l'institution. Le Comité consultatif se réunit une fois par mois.

- **Directeur général :**

- Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), nommé par décret exécutif sur proposition du ministre responsable de la Santé. Il a fini ses devoirs dans de vieux formulaires.
- Le directeur général du l'hôpital est assisté, le cas échéant, d'un secrétaire général, de directeurs et de responsables d'unités.

Le secrétaire général, les directeurs et les directeurs d'unités sont nommés par décret du ministre de la santé sur proposition du directeur du bureau du président de la République.

L'arrêté pris par les ministres responsables de la santé, des finances et l'autorité responsable du service public déterminera conjointement le régime de réglementation de la couverture sanitaire universelle en fonction de l'importance de ses activités.

- **Le Directeur général est responsable de la gestion du comité des services humains en cette qualité:**

- Représente le Centre universitaire pour les hôpitaux dans le domaine de la justice et de la vie civile.
- Le pouvoir de recrutement est exercé sur tout le personnel du CHU, à l'exception de ceux qui ont une autre méthode de recrutement.
- Autorise un agent à dépenser du C.H.U.
- préparation du projet de budget intérimaire et préparation des comptes de la Commission des droits de l'homme.
- Projet de règlement intérieur du C .H.U
- mise en œuvre des délibérations du Conseil d'administration.
- Le rapport d'activité annuel doit être présenté au ministre de la Santé, avec l'approbation du Conseil d'administration, pour l'octroi de tous les contrats, contrats, ententes et accords en vertu des règlements applicables.
- Exerce une autorité hiérarchique sur le personnel sous son autorité.
- Autorise, sous sa responsabilité, sa signature en faveur de ses collaborateurs.

4. DISPOSITIONS FINANCIERES :

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

La nomenclature budgétaire du Centre hospitalier universitaire est déterminée par une décision conjointe du ministre de la Santé et du ministre responsable des Finances. Le budget de l'hôpital universitaire comprend une ligne de revenus et un titre de dépense.

1) Les recettes comprennent :

- subventions de l'État pour sa participation aux mesures de santé, aux mesures préventives pour la recherche médicale, à la formation et au soutien des non assurés.
- Subventions des autorités locales.
- Les revenus des contrats avec les autorités de sécurité prendre soin de l'assuré et de ses bénéficiaires admissibles; fonds communs de placement, sociétés et établissement de formation.
- Indemnités extraordinaires.
- Les dons et testaments accordés en vertu de la législation et des règlements en vigueur.
- les recettes diverses.
- Les ressources et autres subventions liées à l'activité de l'institution.
- les remboursements des frais d'assurance économique pour dommages corporels.

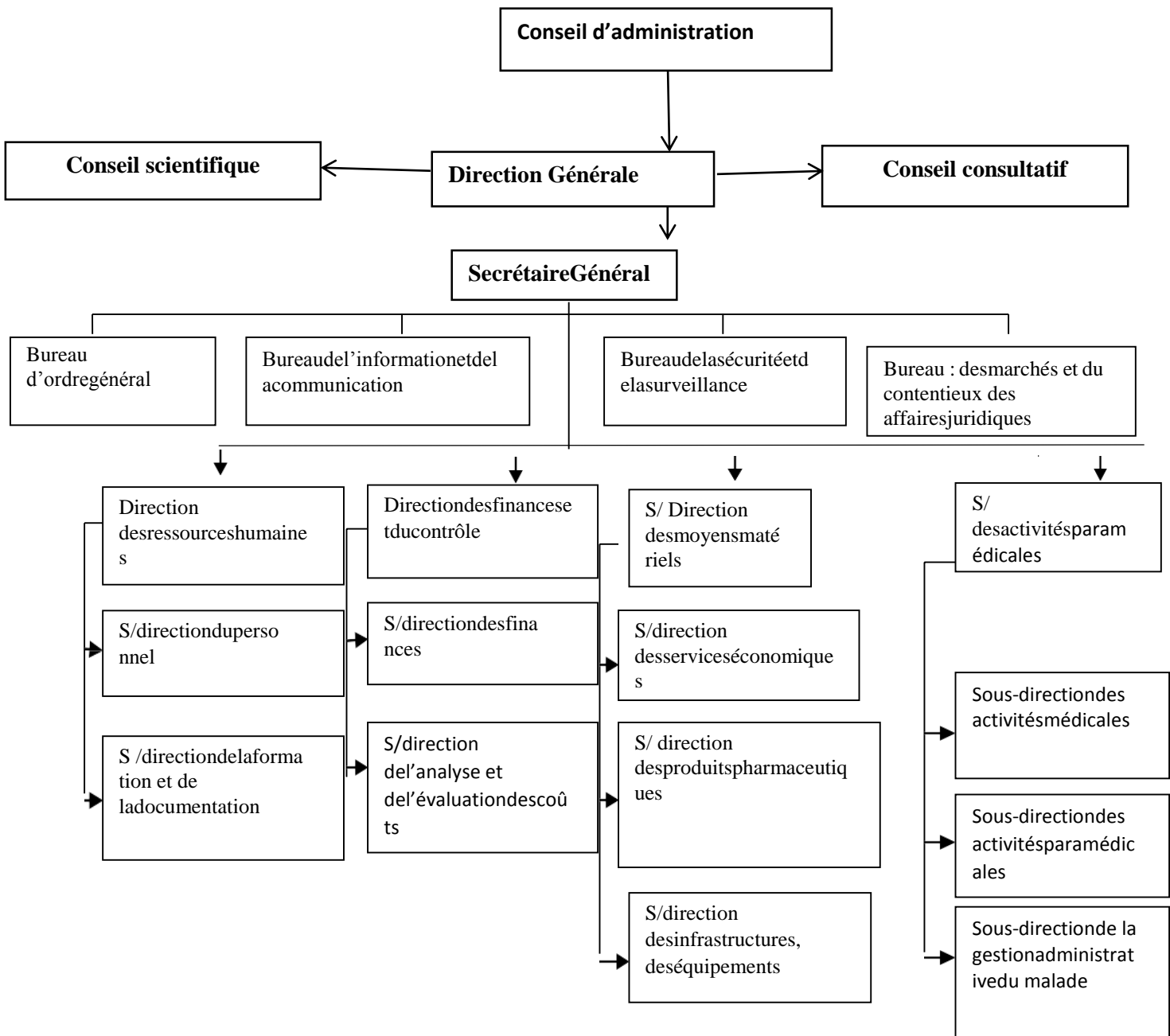
a) Les dépenses comprennent :

- Dépenses de fonctionnement.
- Dépenses d'équipement.

Le projet de budget est préparé par le directeur général du centre hospitalier universitaire et approuvé par l'autorité compétente.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Schéma 4: Organigramme général de l'hôpital central de MUSTAPHA BACHA



Source: Réalisé par nos soins d'après les données de la direction des ressources humaines du CHUMU STAPHA

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

5. DISCRIPTION DE L'ORGANIGRAMME GENERAL DE C.H.U.A :

CH.U.A se compose d'une direction générale coiffant (4) direction :

5.1. Direction des activités médicales et paramédicales

Sous-direction des activités médicales :

- Bureau de la programmation et du suivi des étudiants.
- Bureau de la garde et des urgences.
- Bureau de l'organisation et de l'évaluation d'activités médicales.

- Sous-direction des activités paramédicales :

- Bureau de la programmation et suivi des élèves.
- Bureau des soins infirmiers.
- Bureau de et de l'évaluation des activités paramédicales.

- Sous-direction de la gestion administratrice du malade.

- Bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio thérapeutique.
- Bureau des entrées.

5.2. Direction des moyens matériels.

- Sous-direction des services économiques :

- Bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- Bureau de la gestion des magasins, des inventaires stal des reformes.
- Bureau des approvisionnements.

- Sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable.

- Bureau de l'instrumentation et du consommable.
- Bureau des produits pharmaceutiques.

- Sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance.

- Bureau de la maintenance.
- Bureau des équipements.
- Bureau des infrastructures.

5.3. Direction Ressources des humaines.

Sous-direction des personnels :

- Bureau des effectifs, de la régulation et e la solde.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

- Bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues.
- Bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et services.
- **Sous-direction de la formation et de la documentation :**
 - Bureau de la formation.
 - Bureau de la documentation.

5.4. Direction des finances et de contrôle :

- **Sous-direction des finances :**
 - Bureau des recettes et des caisses.
 - Bureau du budget et de la comptabilité.
- **Sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts :**
 - Bureau de la facturation.
 - Bureau de l'analyse et de la maîtrise des out.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Section 2 : la présentation de la méthodologie de recherche :

Afin de mieux comprendre le projet contractuel en tant que nouveau cadre de financement des budgets hospitaliers algériens, nous avons mené l'étude quantitative, qui est l'une des meilleures façons de tester nos hypothèses et de répondre à la problématique sous forme d'un questionnaire composé de 6 questions provenant d'un échantillon de 102 répondants de diverses professions à l'hôpital. Dans cette section, nous décrirons comment nous avons réalisé cette étude.

1. La présentation de l'enquête :

L'enquête est une méthode de recherche de plus en plus utilisée dans les études, plus particulièrement dans la formation d'une thèse finale. Afin de recueillir de l'information et d'obtenir les meilleurs résultats. L'enquête peut également être définie comme «une méthode d'investigation qui consiste à recueillir l'information recherchée en interrogeant et en écoutant un ensemble d'individus sur leurs comportements, sur leurs opinions ou sur leurs valeurs. L'information est obtenue en utilisant le mode déclaratif »¹

A cet égard, on constate qu'il existe deux formes principales de méthodes d'enquête :

- ✓ Entretien (individuelle ou collective)
- ✓ questionnaire.

Par ailleurs, nous avons choisi le questionnaire comme outil dans la collecte de nos informations.

2. Le cadre structurel de la recherche empirique :

2.1. La cible de l'enquête :

C'est la population qui nous intéresse le plus. À l'aide d'un questionnaire, nous avons ciblé les employés de la CHU et, pour obtenir des résultats, nous avons créé un formulaire constitué à partir de Google forms.

¹ CAUMONT DANIEL, « les études de marché », Edition DUNOD, paris, 1998, p 45 ;117

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

2.2. L'échantillonnage :

L'échantillonnage est un concept qui fait référence à un sous-ensemble d'éléments (individus ou objets) extraits d'un groupe de référence et qui doit être représenté avec exactitude. Les échantillons sont pris comme nom du processus qui nous permet cette sélection.

2.3. Choix de la méthode d'échantillonnage :

Il existe deux méthodes d'échantillonnage. Il était très important de faire la distinction entre eux parce que leur utilisation et les conditions de leur mise en œuvre n'étaient pas les mêmes. Ainsi, On compte donc les méthodes probabilistes et les méthodes empiriques.

Pour mener notre étude, nous avons choisi la méthode Empirique :

3. La méthode empirique :

Il est nécessaire de savoir faire la distinction entre les techniques d'échantillonnage empiriques et les techniques d'échantillonnage qui sont intéressées à développer un échantillon représentatif de la population qui est prise comme référence et celles qui ne le sont pas. Dans le cadre de notre enquête, nous étudierons l'échantillon de convenance composé d'éléments obtenus sans le désir de créer un échantillon représentant le groupe d'enquête. Faites appel à toute personne qui accepte de participer à l'étude.

Notre enquête s'est déroulée entre 26/03/2022 au 14/ 04//2022.

3.1. La taille d'échantillonnage :

Notre échantillon est composé de 102 répondants, dont la catégorie cibler c'est le personnel de l'hôpital.

4. L'élaboration du questionnaire :

4.1. Présentation et structure du questionnaire :

Le questionnaire. « Un questionnaire bien structuré est le gage d'un processus d'interrogation fluide et agréable pour les répondants, il constitue également la garantie d'un bon retour et d'une meilleure qualité des réponses. »¹

❖ Notre questionnaire a été préparé comme suit:

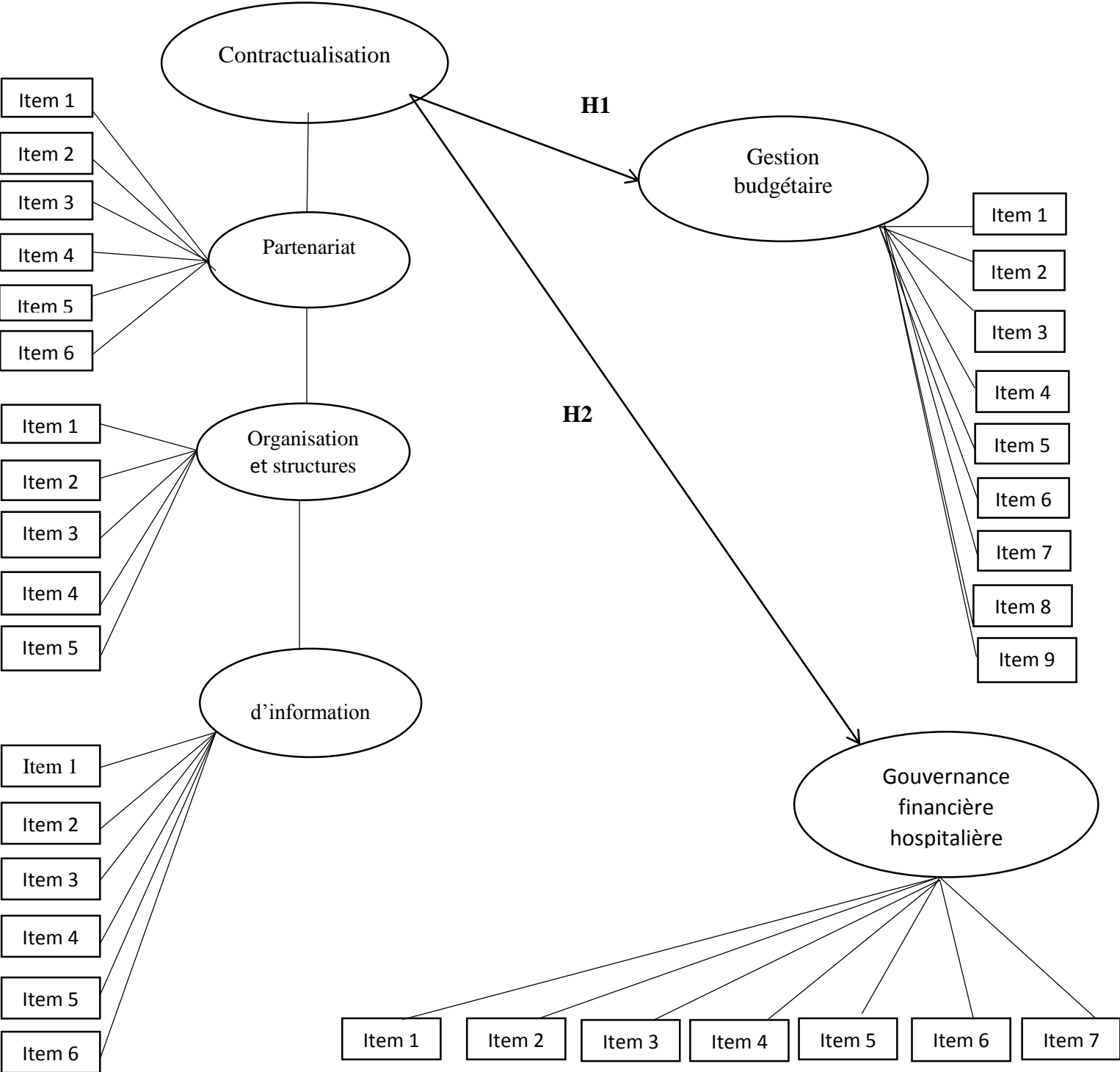
¹GANASSALI, Stéphane. « Les enquêtes par questionnaire avec sphinx ». Edition Pearson. Paris, 2007, p 2

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

- Examiner les études antérieures pertinentes au sujet de l'étude, puis élaborer le questionnaire et rédiger ses paragraphes.
- Préparer un questionnaire préliminaire, puis le soumettre au superviseur afin de tester sa pertinence pour la collecte et les ajustements des données requis.
- Utilisez des phrases claires et faciles à comprendre qui correspond au niveau du répondant.
- Finalisation du questionnaire.
- Application du questionnaire à l'échantillon sélectionné.
- Distribution du questionnaire à tous les membres de l'échantillon afin de recueillir les données nécessaires pour notre étude. Ce questionnaire a été soumis à 102 travailleurs de CHU MUSTAPHA BACHA.
- ❖ Notre questionnaire, composé de 6 questions, est organisé en trois axes distincts :
 - ✓ Premier axe : Inclut les données personnelles (genre, Age, profession).
 - ✓ Le deuxième axe reflète la variable indépendante de processus contractualisation, laquelle englobe trois dimensions : partenariat, organisation des structures, système d'information.
 - ✓ Pour le troisième axe : pour la variable dépendante la gestion budgétaire et le quatrième axe pour le variable gouvernance.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Schéma 5: la présentation des variables de notre étude avec les différents items :



Source : réaliser par nous-même.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

4.2. Les types des questions posées :

- Des questions fermées à réponse unique :

Ce type de question nécessite la possibilité de choisir une réponse parmi les différentes méthodes proposées.

- Echelle de likert :

Une échelle métrique appropriée pour la recherche compatible avec le traitement statistique, facilitant l'analyse des données (variance, moyenne, écart-type, etc.). Il a été appliqué aux cinq niveaux de « Pas du tout d'accord » à « Très d'accord ».

Tableau 7 : les échelons de l'échelle de likert :

Items	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout a fait d'accord
L'échelon	1	2	3	4	5

ط 1، داروئل المنشروالتوزيع، عمان، الأردن، spss محفوظ جودة، (2008)، «التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام المصدر: ص 28.

4.3. L'administration du questionnaire :

La méthode de l'administration a été soigneusement choisie pour être suffisante avec notre enquête par questionnaire qui a été distribué au sein de l'hôpital car le personnel de l'hôpital est notre cible, et cela nous a conduits à l'analyse.

4.4. Les méthodes statistiques utilisées dans l'étude :

Afin de tester la validité des hypothèses et de répondre aux questions de recherche, La méthode des statistiques descriptives et statistiques déductif (analytique) En utilisant le programme statistique (SPSS) pour saisir les données, puis les analyser à l'aide des méthodes statistiques suivantes :

- ✓ Test « Coefficient Alpha de Cronbach » : pour déterminer la stabilité et la fiabilité des items du questionnaire.
- ✓ Statistiques descriptives générales : telles que les pourcentages, les moyennes arithmétiques, la fréquence, l'écart-type.
- ✓ Test du coefficient de corrélation afin de connaître le degré de relation entre le processus de la contractualisation et la gestion budgétaire et la gouvernance financière
- ✓

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Section 02 : L'analyse et les résultats de l'enquête menée

Par le biais de cette enquête formalisé par le programme spss nous avons essayée d'étudier la validité ainsi que la fiabilité des variables (contractualisation, gestion budgétaire, gouvernance) dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses considérées

❖ Etude de la fiabilité :

Coefficient de Fiabilité : Alpha Cronbach pour mesurer la cohérence de la relation entre les paragraphes, car le coefficient de fiabilité prend une valeur confinée entre (0) et (1). Pour les besoins de l'étude, comme cela est connu dans le domaine de sciences humaines et sociales, le coefficient de fiabilité est acceptable à partir de 0,60.

Tableau 8 : statistiques de fiabilités

Chapitres	Expressions	Coefficient de fiabilité (alpha cronbach)	Coefficients de crédibilité
Le processus de la contractualisation	1 - 17	0,894	0,946
Gestion budgétaire	1 - 9	0,926	0,962
Gouvernance financière hospitalière	1 - 7	0,870	0,933
Total	1 - 33	0,948	0,974

SOURCE : SPSS ver.26

On remarque dans le tableau n° (7) que les coefficients de fiabilités d'Alpha Cronbach pour l'ensemble des variables étaient compris entre (0,87 et 0,92), et que leur totalité était supérieure à 0,60 ce qui indique qu'il y a une bonne corrélation entre les expressions de tous les items à échelle et qui prouve la fiabilité et les crédibilités de questionnaire posé.

Le même dicton s'applique au coefficient de fiabilité total des chapitres d'échelle sur trois variables (Le processus de la contractualisation; Gestion budgétaire ; Gouvernance financière hospitalière), qui s'élevait à 0,95 qui est supérieur à 0.60 ce qui indique la bonne corrélation entre les expressions de ses variables. Sur la base de ce qui précède, nous avons confirmé la fiabilité des variables à étudier, ce qui nous rend pleinement confiants dans sa validité pour analyser les résultats, répondre aux questions de recherche et tester des hypothèses.

1. Description statistique des caractéristiques de l'échantillon de l'étude :

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Dans cette exigence, nous analyserons de manière descriptive les caractéristiques de base de l'échantillon d'étude à travers les variables de genre, tranche d'âge et le statut professionnel.

1.1. Répartition selon le genre :

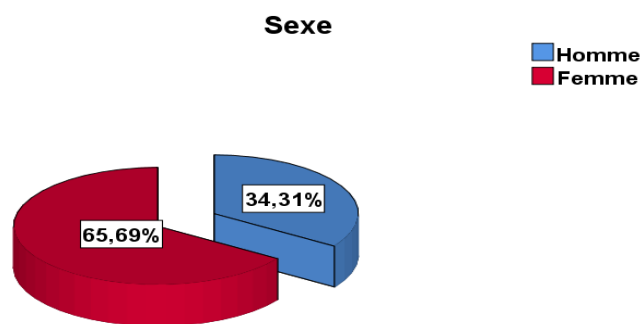
La répartition des réponses des membres de l'échantillon à cette question est la suivante :

Tableau 9 : Répartition selon le genre

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Homme	35	34,3
Femme	67	65,7
Total	102	100,0

SOURCE : SPSS ver.26

Figure 3 : Répartition selon le sexe



Source : Résultats SPSS ver.26

Nous remarquons à partir du tableau n° (9) et de la figure n° (3) que plus de 60% des répondants sont des Femmes, où leur pourcentage exact est atteint 65,7% de l'échantillon total de l'étude, tandis que le pourcentage d'Homme dans l'échantillon était juste 34,3%. Cela indique que les employés de CHU sont beaucoup plus le sexe féminin.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

1.2. Répartition selon la tranche d'âge :

La répartition des réponses des membres de l'échantillon à cette question est la suivante :

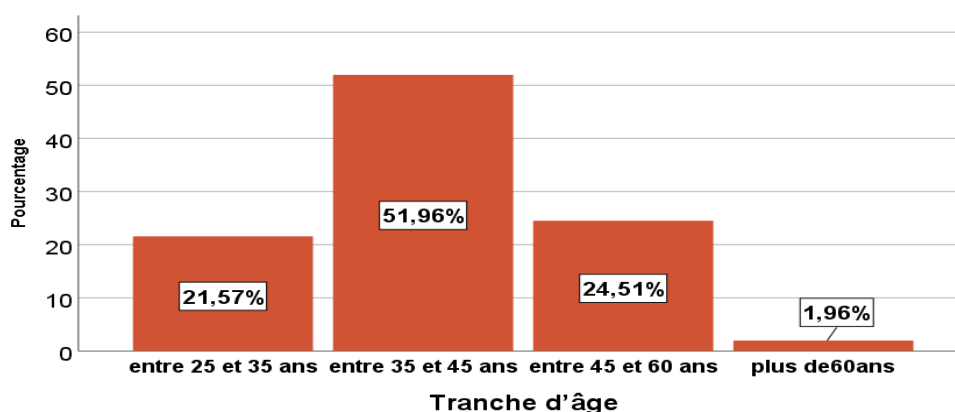
Tableau 10 : Répartition selon la tranche d'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
entre 25 et 35 ans	22	21,6
entre 35 et 45 ans	53	52,0
entre 45 et 60 ans	25	24,5
plus de60ans	2	2,0
Total	102	100,0

:

SOURCE : SPSS ver.26

Figure 4 : Répartition selon la tranche d'âge



Source : Résultats SPSS ver.26

Nous remarquons à partir du tableau n° (10) et de la figure n° (4), que la majorité des membres de l'échantillon étaient âgés (entre 35 - 45 ans), où leur pourcentage atteignait (52%), tandis que le pourcentage de ceux qui âgés (entre 45 et 60 ans) atteintes (24,5%). Quant aux répondants de l'échantillon qui ont (entre 25 et 35 ans), leurs pourcentages atteignent (21,6%) de l'échantillon total, tandis que le pourcentage le plus faible concernait la tranche d'âge (plus de60ans) avec un pourcentage qui atteint (1,3%).

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

1.3. Répartition selon le statut professionnel :

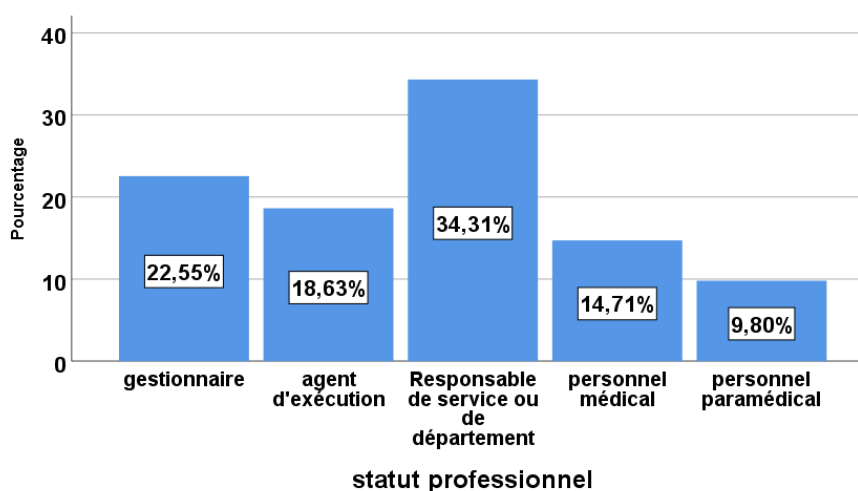
La répartition des réponses des membres de l'échantillon à cette question est la suivante :

Tableau 11 : Répartition selon le Statut professionnel

Statut	Fréquence	Pourcentage
Gestionnaire	23	22,5
agent d'exécution	19	18,6
Responsable de service ou de département	35	34,3
personnel médical	15	14,7
personnel paramédical	10	9,8
Total	102	100,0

:SOURCE : SPSS ver.26

Figure 5 : Répartition selon le Statut professionnel



Source : résultats SPSS ver.26

On remarque dans le tableau n° (11) et la figure n° (5) que le statut professionnelle le plus répandu dans l'échantillon tiré est le niveau (Responsable de service ou de département) avec un pourcentage de 34,3%, en plus de cela, il y a 22,5 % de l'échantillon étudié ayant un statut professionnelle (gestionnaire), tandis que le pourcentage de la catégorie professionnelle (agent d'exécution) représentaient 18,6% suivi %, suivi de la catégorie professionnelle (personnel médical) qui atteint un pourcentage de 14,7%, et On note que le

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

pourcentage le plus faible c'est pour la catégorie (personnel paramédical) avec un pourcentage qui atteint 9,8%.

2. Analyse statistique des données du questionnaire :

A travers les résultats du questionnaire, chaque variable et chaque sous variable de l'étude sera analysée à travers la moyenne arithmétique et l'écart type de chaque énoncé et leur disposition selon le niveau d'importance indiqué dans le tableau « la présentation de l'échelle de likert » par :

2.1. Présentation de l'échelle de Likert

Ci-dessous vous trouverez des questions qui mesureront votre degré d'accord d'une échelle de 1 à 5 comme suit :

Degré	1	2	3	4	5
	Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Moyenne	1-1.79	1.8--2.59	2.6-3.39	3.4-4.19	5-4.2

Source : Etabli par les étudiantes

2.2. L'interprétation des données relatives à (le processus de contractualisation) et (la gestion budgétaire) et (gouvernance financière)

2.2.1. Interprétation de la variable (Le processus de la contractualisation)

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

2.2.1.1. Interprétation de la sous variable (Partenariat)

Tableau 12 : interprétation du sous variable (Partenariat) :

N°		Pas du tout	pas d'accord	neutre	d'accord	Très d'accord	Moyenne	Ecart type	Tendance de la réponse	Ordre
		Fréquence								
		Pourcentage								
01	Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des services et de prestations que propose l'hôpital n'est pas lié essentiellement à la réalisation du Profit..	0	3	1	36	62	4,5 4	0,6 7	Très d'accord	6
		0	2,9	1,0	35,3	60,8				
02	les participants dans le projet de contractualisation ont la possibilité d'évaluer les coûts et les avantages avant même de signer le contrat.	0	1	4	33	64	4,5 7	0,6 2	Très d'accord	3
		0	1,0	3,9	32,4	62,7				
03	La combinaison des moyens dont disposent les différents partenaires dans les secteurs de la santé étant nécessaires pour parvenir à un meilleur rendement possible.	0	0	3	36	63	4,5 9	0,5 5	Très d'accord	2
		0	0	2,9	35,3	61,8				
04	L'engagement des partenaires étant indispensable afin de concrétiser les objectifs et les intérêts conjoints de l'ensemble des partenaires liés par le contrat.	0	1	5	31	65	4,5 7	0,6 4	Très d'accord	4
		0	1,0	4,9	30,4	63,7				
05	L'Etat doit s'allier aux différents dispensateurs de soins sur une base de droits et de devoirs, et devra particulièrement remplir le rôle de régulateur en matière d'offre et de demande des prestations de soins.	0	1	3	29	69	4,6 3	0,6 0	Très d'accord	1
		0	1,0	2,9	28,4	67,6				
06	Le contrat émanant de la convention érigé dans le cadre de la contractualisation crée des engagements à caractère économique et juridique envers l'institution hospitalière	0	1	4	35	62	4,5 5	0,6 2	Très d'accord	5
		0	1,0	3,9	34,3	60,8				
Partenariat							4,5 7	0,4 5	Très d'accord	

SOURCE : SPSS ver.26

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

D'après le tableau n° (12), l'expression (5) est classé en premier position avec une moyenne arithmétique de 4,63 et un écart-type de 0,60 et de tendance de réponse très d'accord car la valeur de cette moyenne appartient à l'intervalle (4.2-5) selon l'échelle de likert cela indique que les enquêtés voient la nécessité d'alliance aux différents dispensateurs de soins sur une base de droits et de devoirs, En deuxième position est venue l'expression (3) avec une moyenne de 4,59 et un écart type de 0,55 avec une tendance générale très d'accord qui indique que les enquêtés voient la nécessité aussi de faire des diagnostics pour les moyens qui disposent les différents partenaires dans les secteurs de la santé, en troisième position est classé l'expressions(1) avec une moyenne arithmétique de 4,57, un écart type de 0,62 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que les participants dans le projet de contractualisation ont le droit d'évaluation avant l'engagement, et l'expression (4) est classé en quatrième position, avec une moyenne de 4,57 avec écart type de 0,64 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que le contrat d'engagement il est nécessaire pour d'autres procédures, et en cinquième position est classé l'expression (6), avec une moyenne de 4,55 avec écart type de 0,62 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que Le contrat signé dans le cadre de la contractualisation elle est à caractère économique et juridique envers l'institution hospitalière, en fin et en sixième position se classe l'expression(2) avec une moyenne de 4,54 avec écart type de 0,67 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les enquêtés ils voient que ce partenariat dans le cadre gestion d'offre des services et de prestations n'a pas de relation avec le réalisation profit.

On remarque que la sous variable (Partenariat), elle est dans une tendance générale en très d'accord avec une moyenne arithmétique de 4,57 et un écart type de 0,45 ce qui indique que les enquêtés voient la nécessité de l'intégration de partenariat avec d'autre secteur de la santé dans le processus de la contractualisation.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

2.2.1.2. Interprétations de la sous variable (Organisation des structures)

Tableau 13 : interprétation de la sous variable (Organisation des structures)

N°		Pas du tout d'accord	pas d'accord	neutre	d'accord	Très d'accord	Moyenne	Ecart type	Tendance de la réponse	Ordre
		Fréquence								
		Pourcentage								
01	L'instruction ministérielle de janvier 2003 ayant produit un effet positif et a porté ses fruits en matière de préparation et d'initiation des hôpitaux à la contractualisation.	75	19	2	2	4	1,44	0,94	Pas du tout d'accord	5
		73,5	18,6	2,0	2,0	3,9				
02	Il y'a nécessité de réviser le fichier national des assurés sociaux afin d'identifier la population des ayants droits en vue de la permettre l'accès gratuit aux soins des établissements privés et publics de santé.	0	1	6	29	66	4,15	1,34	d'accord	4
		0	1,0	5,9	28,4	64,7				
03	La restructuration de bureau des entrés représente l'étape essentiel de la réforme hospitalière.	0	27	3	0	72	4,56	0,62	Très d'accord	3
		0	26,5	2,9	0	70,6				
04	La structure calcul des coûts aide à la prise de décisions et a la rationalisation des dépenses.	0	1	4	34	63	4,60	0,60	Très d'accord	1
		0	1,0	3,9	33,3	61,8				
05	La mise en place d'un logiciel de comptabilité analytique hospitalière est plus que nécessaire	0	0	6	29	67	4,57	0,65	Très d'accord	2
		0	0	5,9	28,4	65,7				
Organisation des structures							3,86	0,51	d'accord	

SOURCE : SPSS ver.26

D'après le tableau n° (13), l'item (4) est classé en premier position avec une moyenne arithmétique de 4,60 et un écart-type de 0,60 et de tendance de réponse très d'accord car la valeur de cette moyenne appartient à l'intervalle (4.2-5) selon l'échelle de likert cela indique que les enquêtés voient que le calcul des coûts à la prise de décisions et à la rationalisation des dépenses , En deuxième position est venue l'expression(5) avec une moyenne de 4,57 et un écart type de 0,65 avec une tendance générale très d'accord qui indique que les enquêtés voient la nécessité d'utilisation de logiciel de comptabilité analytique hospitalière ,en troisième position est classé l'expressions (3)avec une moyenne arithmétique de 4,56 et un écart type de

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

0,62 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que la réorganisation de bureau des entrés parmi les réformes les plus importants , et l'expression (2)est classé en quatrième position, avec une moyenne de 3,15 avec écart type de 1,34 et dans une tendance générale qui est d'accord cela indique que les répondants voient l'obligation de mise a jours de fichiers national des assurés sociaux afin d'identifier ce qui ont de droitaux soins gratuit dans établissements privés et publics, et en cinquième position est classé l'expression(1), avec une moyenne de 1,44 avec écart type de 0,94 et dans une tendance générale pas du tout d'accord cela indique que les répondants voient que l'instruction ministérielle de janvier 2003 n'a aucun effet positif à la contractualisation et il n'a rien apporté de nouveau.

On remarque que la sous variable (Organisation des structures), il est dans une tendance générale d'accord avec une moyenne arithmétique de 3,86 et un écart type de 0,51 ce qui indique que les enquêtés voient qu'il faut organiser et améliorer les structures afin d'aller vers la contractualisation au sein de CHU.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

2.2.1.3. Interprétation de la sous variable (Système d'information)

Tableau 14 :interprétation de la sous variable (Système d'information)

N°		Pas du tout d'accord	pas d'accord	neutre	d'accord	Très d'accord	Moyenne	Ecart type	Tendance de la réponse	Ordre
		Fréquence								
		Pourcentage								
01	Le système d'information hospitalier SIH qui doit être adopté dans les établissements de santé permet d'améliorer la gestion budgétaire.	0	0	4	31	67	4,6 2	0,5 6	Très d'accord	1
		0	0	3,9	30,4	65,7				
02	Les déferents personnels qui participent à la mise en œuvre du SIH agissent pour un même objectif « la rationalisation des dépenses ».	0	3	2	41	56	4,4 7	0,6 9	Très d'accord	6
		0	2,9	40,2	2,0	54,9				
03	La structure DIM (la direction de l'informatique médicale) permet d'instaurer un SIH performant	0	1	6	33	62	4,5 3	0,6 6	Très d'accord	4
		0	1,0	5,9	32,4	60,8				
04	l'installation du PMSI permet une meilleure ventilation des médicaments dans les établissements de santé.	0	2	6	33	61	4,5 0	0,7 0	Très d'accord	5
		0	2,0	5,9	32,4	59,8				
05	le bon fonctionnement de (SIH) aide à la mise en place de la contractualisation.	0	0	7	29	66	4,5 8	0,6 2	Très d'accord	2
		0	0	6,9	28,4	64,7				
06	(SIH) aide a géré les opérations de facturation des dépenses et de recettes propres des établissements de santé	0	0	7	29	66	4,5 6	0,6 8	Très d'accord	3
		0	0	6,9	28,4	64,7				
Système d'information							4,5 4	0,5 6	Très d'accord	

SOURCE : SPSS ver.26

D'après le tableau n° (14), le choix (1)est classé en premier position avec une moyenne arithmétique de 4,62 et un écart-type de 0,56 et de tendance de réponse très d'accord car la valeur de cette moyenne appartient à l'intervalle (4.2-5) selon l'échelle de likert cela indique que les enquêtés voient que le système d'information SIH prévu il doit être utile à la gestion budgétaire, en deuxième position est venue l'expression (5)avec une moyenne de 4,58 et un écart type de 0,62 avec une tendance générale très d'accord qui indique que les enquêtés voient que le SIH il a un rôle important dans la contractualisation ,en troisième position est classé l'expressions (6)avec une moyenne arithmétique de 4,56 et un écart type de 0,68 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que ce système

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

aussi il a une possibilité de gérer les dépenses et les recettes , et l'expression « La structure DIM (la direction de l'informatique médicales) permet d'instaurer un SIH performant» est classé en quatrième position, avec une moyenne de 4,53 avec écart type de 0,66 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que la structure DIM elle a une capacité de réaliser un SIH performant, et en cinquième position est classé l'expression (5) avec une moyenne de 4,50 et avec écart type de 0,70 et dans une tendance générale très d'accord cela indique que les répondants voient une nécessité d'installer le système PMSI pour éviter la péremption des médicaments dans les établissements de santé et en sixième position est classé l'expression (2)avec une moyenne de 4,47 et avec écart type de 0.69 dans une tendance générale très d'accord cela indique que les enquêtés voient que tout le personnel chargé à la réalisation de ce système ont un seul objectif « la rationalisation des dépenses ».

On remarque que le sous chapitre (Système d'information), il est dans une tendance générale très d'accord avec une moyenne arithmétique de 4,54 et un écart type de 0,56 ce qui indique que les enquêtés voient la nécessité de l'implantation de SIH au niveau de de CHU car il a un effet important à la bonne gestion et l'amélioration de l'établissement de santé.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Résultat de la 1 ère variable :

Tableau 15 : interprétation de la variable (Le processus de la contractualisation)

N°	Sous Chapitre	Moyenne	Ecart type	Tendance de la réponse	Ordre
01	Partenariat	4,57	0,45	Très d'accord	1
02	Organisation des structures	3,86	0,51	d'accord	3
03	Système d'information	4,54	0,56	Très d'accord	2
Le processus de la contractualisation		4,35	0,44	Très d'accord	

SOURCE : SPSS ver.26

D'après le tableau n° (15), le sous chapitre « Partenariat » est classé en premier position avec une moyenne arithmétique de 4,57 et un écart-type de 0,45 et de tendance de réponse très d'accord car la valeur de cette moyenne appartient à l'intervalle (4.2-5) selon l'échelle de likert cela indique que les enquêtés voient que en premier lieu il faut avoir de partenariat avec d'autre secteur de santé , En deuxième position est venue le sous chapitre « Système d'information» avec une moyenne de 4,54 et un écart type de 0,56 avec une tendance générale très d'accord qui indique que les enquêtés voient en deuxième lieu que le chu il doit dit installer un SIH qui permet la bonne gestion hospitalier ,en troisième position est classé le sous chapitre « Organisation des structures » avec une moyenne arithmétique de 3,86 et un écart type de 0,51 et dans une tendance générale qui d'accord cela indique que les répondants voient en troisième lieu que le chu il doit procéder à l'organisation des structures hospitalier.

On remarque que le chapitre (Le processus de la contractualisation), il est dans une tendance générale très d'accord avec une moyenne arithmétique de 4,35 et un écart type de 0,44 ce qui prouve l'importance de mise en œuvre de processus de la contractualisation au sein de CHU avec une organisation des structures d'établissement de santé et l'implantation d'un système d'information avec l'intégration des partenaires.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

2.2.2. Interprétation de variable (Gestion budgétaire)

Tableau 16 :interprétation de la variable (Gestion budgétaire)

N°	L'expression	Pas du tout d'accord	pas d'accord	neutre	d'accord	Très d'accord	Moyenne	Ecart type	Tendance de la réponse	Ordre
		Fréquence								
		Pourcentage								
01	une bonne gestion budgétaire permet d'améliorer la performance des hôpitaux l'amélioration de la gestion budgétaire est un facteur clé pour réaliser des bénéfices.	0	0	1	34	67	4,65	0,50		4
		0	0	1,0	33,3	65,7				
02	l'amélioration de la gestion budgétaire est un facteur clé pour réaliser des bénéfices.	0	0	1	45	56	4,54	0,52	Très d'accord	8
		0	0	1,0	44,1	54,9				
03	la prise de décisions efficace est liée à une bonne gestion budgétaire.	0	1	2	31	68	4,63	0,58	Très d'accord	5
		0	1,0	2,0	30,4	66,7				
04	la santé financière des hôpitaux est conditionnée par l'utilisation rationnelle des ressources.	0	0	1	39	62	4,60	0,51	Très d'accord	6
		0	0	1,0	38,2	60,8				
05	la maîtrise des coûts et des dépenses permet une meilleure gestion des services.	0	0	1	29	72	4,70	0,50	Très d'accord	3
		0	0	1,0	28,4	70,6				
06	le contrôle interne et externe des activités dans le cadre de l'audit permet d'assurer la transparence dans la gestion des ressources.	0	0	2	37	63	4,65	0,50	Très d'accord	4
		0	0	2,0	36,3	61,8				
07	L'opération de négociation des contrats budgétaire nécessite une bonne formation des cadres.	0	0	2	27	73	4,70	0,48	Très d'accord	2
		0	0	2,0	26,5	71,6				
08	La responsabilité de tous les acteurs intervenants dans le cadre des contrats budgétaire est engagée.	0	0	1	34	67	4,60	0,53	Très d'accord	7
		0	0	1,0	33,3	65,7				
09	la bonne gestion permet d'améliorer des performances économiques des hôpitaux publics.	0	0	1	27	74	4,72	0,48	Très d'accord	1
		0	0	1,0	26,5	72,5				
Gestion budgétaire							4,64	0,41	Très d'accord	

SOURCE : SPSS ver.26

D'après le tableau n° (16), le choix (9) est classé en premier position avec une moyenne arithmétique de 4,72 et un écart-type de 0,48 et de tendance de réponse très d'accord car la

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

valeur de cette moyenne appartient à l'intervalle (4.2-5) selon l'échelle de likert cela indique que les enquêtés voient que la performance économiques des hôpitaux publics se réalise s'il existe une bonne gestion , En deuxième position est venue l'expression (7) avec une moyenne de 4,70 et un écart type de 0,48 avec une tendance générale très d'accord qui indique que les enquêtés voient que l'art de négociation des contrat budgétaire nécessite une bonne formation des cadres ,en troisième position est classé l'expressions (5) avec une moyenne arithmétique de 4,70 et un écart type de 0,50 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que l'analyse des coûts et des dépenses implique une bonne gestion, et les expressions (1)et (6) sont classés en quatrième position, avec une moyenne de 4,65 avec écart type de 0,50 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que une bonne gestion budgétaire influe sur la performance et la gestion budgétaire comme facteur de rentabilité et pour l'items qui suit les répondants voient que l'audit interne et externe permet d'assurer la transparence, et en cinquième position est classé l'expression (3) , avec une moyenne de 4,63 et avec écart type de 0,58 et dans une tendance générale très d'accord cela indique que la bonne gestion nous permet d'avoir beaucoup d'informations pour la prise de décision efficace et en sixième position est classé l'expression (4)avec une moyenne de 4,60 et un écart type de 0.51 dans une tendance générale très d'accord cela indique que d'après les enquêtés que l'utilisation des ressources humains et matériels assure la sante financière des hôpitaux , en septième position est classé l'expression (8)avec une moyenne de 4,60 et un écart type de 0,53 dans une tendance générale très d'accord cela indique qu'il y a un engagement de de tous les acteurs intervenants dans le cadre des contrats budgétaire, et à la fin est classé l'expression (2)avec une moyenne de 4,54 et un écart type de 0.52 dans une tendance générale très d'accord cela indique que les bénéfices sont relie directement à l'amélioration de la gestion budgétaire.

On remarque que le chapitre (Gestion budgétaire), il est dans une tendance générale très d'accord avec une moyenne arithmétique de 4,64 et un écart type de 0,41 ce qui indique que la gestion budgétaire est une nécessité pour la rentabilité et la performance de CHU.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

2.2.3. Interprétation de la variable (Gouvernance financière hospitalière)

Tableau 17 :Interprétation de la variable(Gouvernance financière hospitalière)

N°	L'expression	Pas du tout d'accord	pas d'accord	neutre	d'accord	Très d'accord	Moyenne	Ecart type	Tendance de la réponse	Ordre
		Fréquence								
		01	le cadre de gouvernance financière actuel ne permet pas de réaliser les objectifs programmés de la réforme hospitalière.	0	0	1				
		0	0	1,0	26,5	72,5				
02	l'allocation budgétaire selon le mode de l'enveloppe globale ne permet pas de financier rationnellement les hôpitaux	0	0	7	29	66	4,58	0,62	Très d'accord	4
		0	0	6,9	28,4	64,7				
03	le système de financement basé sur la tarification aide à financer les hôpitaux d'une manière rationnelle.	0	1	6	38	57	4,48	0,66	Très d'accord	7
		0	1,0	5,9	37,3	55,9				
04	la gouvernance hospitalière aide à optimiser les compétences et réduire les risques auxquelles sont face les hôpitaux.	0	1	8	30	63	4,52	0,69	Très d'accord	6
		0	1,0	7,8	29,4	61,8				
05	Une révision radicale du statut juridique des hôpitaux publics aide à adopter « le système de contractualisation »	0	1	2	31	68	4,63	0,58	Très d'accord	2
		0	1,0	2,0	30,4	66,7				
06	Les problèmes rencontrés à l'hôpital par les professionnels de santé influent négativement sur la prise en charge des patients.	0	1	3	33	65	4,59	0,60	Très d'accord	3
		0	1,0	2,9	32,4	63,7				
07	L'opération de remplissage de la fiche navette n'a pas été concluante et par conséquent L'étape de mis en œuvre de facturation	0	2	2	33	65	4,58	0,64	Très d'accord	5
		0	2,0	2,0	32,4	63,7				
Gouvernance financière hospitalière							4,58	0,46	Très d'accord	

SOURCE : SPSS ver.26

D'après le tableau n° (17), le choix (1) est classé en premier position avec une moyenne arithmétique de 4,72 et un écart-type de 0,48 et de tendance de réponse très d'accord car la valeur de cette moyenne appartient à l'intervalle (4.2-5) selon l'échelle de likert cela indique que les enquêtés voient que le cadre de gouvernance financière actuel incapable d'atteindre les

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

objectifs tracé, En deuxième position est venue l'expression (5) avec une moyenne de 4,63 et un écart type de 0,58 avec une tendance générale très d'accord qui indique que les enquêtés voient que révision radicale du statut juridique facilite d'adopter le système de contractualisation ,en troisième position est classé l'expressions (6) avec une moyenne arithmétique de 4,59 et un écart type de 0,60 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants voient que problèmes qui entrave les professionnels de santé sa ce percute sur les patients, et l'expressions (2) est classée en quatrième position, avec une moyenne de 4,58 avec écart type de 0,62 et dans une tendance générale qui est très d'accord cela indique que les répondants qu'il y a un manque de l'enveloppe globale financière des hôpitaux, et en cinquième position est classée l'expression(7), avec une moyenne de 4,58 et avec écart type de 0,64 et dans une tendance générale très d'accord cela indique que les répondants voient que la fiche navette n'a pas été décisive et claire ce qui influe sur la facturation et en sixième position est classé l'expression (4) avec une moyenne de 4,52 et un écart type de 0.69 dans une tendance générale très d'accord cela indique que la gouvernance hospitalière a un rôle important de diagnostic général pour minimiser les risques imprévu et avoir une bonne optimisation , en septième position est classé l'expression (3) avec une moyenne de 4,48 et un écart type de 0,66 dans une tendance générale très d'accord cela indique que le système de financement basé sur la tarification soutient le financement prudent des hôpitaux.

On remarque que le chapitre (Gouvernance financière hospitalière), il est dans une tendance générale très d'accord avec une moyenne arithmétique de 4,58 et un écart type de 0,46 ce qui indique que les enquêtés voient que le CHU adapte une bonne Gouvernance financière hospitalière qui aide à analyser, optimiser et minimiser les risques imprévus et permet le rationnellement de l'établissement de santé.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

3. Test hypothèses

❖ LE PRINCIPE

Accepter l'hypothèse nulle H_0 : si le seuil de signification est supérieur à (0,05)

Rejeter l'hypothèse nulle H_0 : si le seuil de signification est inférieur à (0,05).

Hypothèse n°1

H_0 : il n'y a pas un impact positif entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gestion budgétaire)

H_1 : il y a un impact positif entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gestion budgétaire)

Tableau 18: Test hypothèses H_1

Model	Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F calculé	valeur probable (Sig)
Régression	8,872	1	8,872	114,492	0,000
Résidus	7,749	100	0,077		
Total	16,622	101			
Variable	Coefficient	Ecart standard	(t) calculé	valeur probable (Sig)	
Constante	1,680	0,278	6,042	0,000	
Le processus de la contractualisation	0,680	0,064	10,700	0,000	
Variable dépendante : Gestion budgétaire		Coefficient de corrélation: R = 0,731		Coefficient de détermination : R² = 0,534	

SOURCE : SPSS ver.26

niveau de signification 0.05

D'après les résultats contenus dans le tableau n° (18), il devient clair que la valeur F calculée s'élevait à (8,87) avec une valeur de probabilité de sig de (0,000) qui est inférieure au niveau de signification ($\alpha = 0,05$). Cela prouve la validité du modèle pour tester l'hypothèse, qui ont ensuite été testés à l'aide de la méthode de régression linéaire simple afin de déterminer l'effet de la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gestion budgétaire). Il ressort également du tableau ci-dessus que le coefficient de

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

corrélation entre les deux variables est estimé à 0,731 cela indique qu'il existe une forte corrélation positive entre deux variables.

On note également que le coefficient de détermination est égal à 0,534 cela signifie que 53.4% des changements dans Gestion budgétaire Il fait référence aux processus de la contractualisation de CHU et le reste du pourcentage c'est dû à d'autres facteurs.

A travers le même tableau, on constate qu'il existe une relation statistiquement significative au niveau de significativité ($\alpha = 0,05$) entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) et la variable dépendante (Gestion budgétaire) dont la valeur de T calculé est égale à 10,70 avec une valeur probable (Sig) qui est égale à 0,000 qui est inférieure au seuil de signification de 0,05 ,par conséquent, nous rejetons l'hypothèse nulle qui dit qu'il n'y a pas un impact positif entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gestion budgétaire), et en conséquence nous acceptons l'hypothèse alternative qui dit :

Il y a un impact positif entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gouvernance financière hospitalière) au niveau de signification de 0,05.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Hypothèse n°2

H0 : il n'y a pas un impact positif entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gouvernance financière hospitalière)

H1 : il y a un impact positif entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gouvernance financière hospitalière)

Tableau 19 : Test hypothèses H2

Model	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F calculé	valeur probable (Sig)
Régression	10,925	1	10,925	106,456	0,000
Résidus	10,263	100	0,103		
Total	21,188	101			
Variable	Coefficient	Ecart standard	(t) calculé	valeur probable (Sig)	
Constante	1,299	0,320	4,059	0,000	
Le processus de la contractualisation	0,755	0,073	10,318	0,000	
Variable dépendante : Gouvernance financière hospitalière		Coefficient de corrélation: R = 0,718		Coefficient de détermination : R² = 0,516	

SOURCE : SPSS ver.26 niveau de signification 0.05

D'après les résultats contenus dans le tableau n° (19), il devient clair que la valeur F calculée s'élevait à (10,92) avec une valeur de probabilité de sig de (0,000) qui est inférieure au niveau de signification ($\alpha = 0,05$) Cela prouve la validité du modèle pour tester l'hypothèse, qui ont ensuite été testés à l'aide de la méthode de régression linéaire simple afin de déterminer l'effet de la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gouvernance financière hospitalière). Il ressort également du tableau ci-dessus que le coefficient de corrélation entre les deux variables est estimé à 0,718 cela indique qu'il existe une forte corrélation positive entre deux variables.

On note également que le coefficient de détermination est égal à 0,516 cela signifie que 51.6% des changements dans la gouvernance financière hospitalière Il fait référence aux processus de la contractualisation de CHU et le reste du pourcentage c'est dû à d'autres facteurs.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

A travers le même tableau, on constate qu'il existe une relation statistiquement significative au niveau de significativité ($\alpha = 0,05$) entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) et la variable dépendante (Gouvernance financière hospitalière) dont la valeur de T calculé est égale à 10,31 avec une valeur probable (Sig) qui est égale à 0,000 qui est inférieure au seuil de signification de 0,05 ,par conséquent, nous rejetons l'hypothèse nulle qui dit qu'il n'y a pas un impact positif entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gouvernance financière hospitalière), et en conséquence nous acceptons l'hypothèse alternative qui dit :

Il y a un impact positif entre la variable indépendante (Le processus de la contractualisation) sur la variable dépendante (Gouvernance financière hospitalière) au niveau de signification de 0,05.

Chapitre (III) : Le rôle de la contractualisation sur l'amélioration de financement et de la gestion budgétaire

Conclusion

Face à l'évolution du système de santé en Algérie, l'adoption de la contractualisation semble très importante pour une bonne gestion budgétaire. Ainsi pour une meilleure gouvernance hospitalière.

Ce dernier chapitre que nous avons consacré à la présentation de l'organisme d'accueil « CHU MUSTAPHA BACHA », puis d'analyser les résultats de notre enquête concernant les professionnels au sein de l'hôpital, l'interprétation, et la discussion des résultats obtenus. L'enquête a été menée à l'aide d'un questionnaire pour étudier la relation entre la contractualisation et l'amélioration de la gestion des budgets des hôpitaux à l'aide du logiciel SPSS.

En ce sens, nous concluons que la méthode contractuelle a un impact positif et significatif sur la gestion budgétaire, qui a elle-même un impact significatif et positif sur la gouvernance financière des hôpitaux.

Conclusion Générale

Conclusion Générale

La contractualisation est l'outil le plus important au niveau des établissements de santé, c'est un nouveau mode de régulation pour réduire l'augmentation rapide des dépenses en santé. Il vise donc à revoir les modalités de financement des structures de santé publique par les donateurs. La contractualisation est devenue une nouvelle méthode de gérer et de financer les établissements de santé, pour objectif d'améliorer l'efficacité du financement socialisé de la santé, le processus de la contractualisation implique des acteurs autonomes, un système d'information puissant et fiable et une volonté de transparence et de mesure des rendements et des performances quantitatives et qualitatives.

Notre objectif dans le cadre de cette étude est de traiter la thématique de projet de contractualisation comme un nouveau cadre de financements des budgets hospitaliers afin de répondre à la problématique posée qui est **«Par rapport au système de santé Algérien actuel ; le mode de contractualisation ; est-il considéré comme moyen de réforme afin d'améliorer la gestion et le financement budgétaire ? »**. Nous avons essayé de discuter le sujet à travers deux chapitres théoriques et le troisième pratique. Les deux premiers chapitres sont consacrés à la présentation de cadre théorique et perceptif de la contractualisation et le mode de financement des établissements de santé, et concernant le dernier chapitre est consacré au cadre pratique et méthodologique de l'étude, afin de voir l'impact de processus de la contractualisation sur l'amélioration de la gestion budgétaire. À l'aide des outils utilisés dans la collecte, la présentation et l'analyse des données du questionnaire ainsi que la discussion des résultats à la lumière des hypothèses et des études antérieures et des réponses à la problématique de l'étude, nous sommes arrivés à conclure les résultats suivants :

- Il s'avère qu'il y a une bonne relation et un impact positif entre le processus de la contractualisation et la gestion budgétaire, ce qui prouve que la première hypothèse est confirmée.
- Il s'avère qu'il y a une bonne relation et un impact positif entre le processus de la contractualisation et la gouvernance financière, ce qui indique que la deuxième hypothèse est confirmée.

En Algérie, la contractualisation, malgré son ancienneté, elle ne touche encore qu'une partie de système de santé : les structures hospitalières publiques. Ensuite, il s'agit d'examiner les modalités de financement des établissements publics de santé (Hôpitaux publics) par les donateurs (Sécurité Sociale). Auparavant, le financement se faisait par le biais d'un forfait. En appliquant la contractualisation, d'autres méthodes de financement et de tarification sont prévues, comme le prix moyen des journées d'hospitalisation pour un groupe homogène Professionnel

Conclusion Générale

(PMHGHS) et la tarification basée sur l'activité, bien qu'il y ait que deux acteurs soient impliqués dans la relation, le mécanisme de la relation de contractualisation ne fonctionne toujours pas.

Suggestions et recommandations :

D'après les résultats qu'on avait obtenus à partir de cette étude, avec un sujet que nous avons traité qui est très important dans la gestion des établissements de santé représenté dans « le projet de la contractualisation comme un nouveau mode de financement des budgets hospitaliers », une série de recommandations nécessaires seront formulées :

- ✓ Mettre en place de façon plus rigoureuse la réforme de la contractualisation pour accélérer la réalisation de l'expérience pour passer à l'étape l'évaluation. En vue de l'évaluation des résultats obtenus.
- ✓ Faire participer le secteur privé, connu pour sa bonne qualité de prestation et ses réactivités, en cours de contractualisation, afin de promouvoir la mise en place d'un système de santé intégré (des acteurs publics et privés travaillent tous, pour un seul objectif : améliorer l'état de santé de la population).
- ✓ La mise en place d'un système d'information puissant et fiable dans le but de rationaliser la dépense et maîtriser les couts et améliorer la qualité des prestations de soins de santé.
- ✓ Disposer de la nomenclature consensuelle des actes professionnels de la santé avec des tarifs calculés sur la base des couts réels
- ✓ La restructuration de bureau des entrés représente l'étape essentiel de la réforme hospitalière.
- ✓ La mise en place d'un logiciel de comptabilité analytique hospitalière.
- ✓ Accréditation sur la structure de calcul des couts qui aide à la prise de décision et la rationalisation des dépenses.
- ✓ Former et informer le personnel de santé directement engagé dans le processus contractuel (considérations juridiques, analyse économique, techniques de négociation, santé publique, ...)
- ✓ L'État doit superviser (coordonner) les initiatives décentralisées, elle doit jouer pleinement son rôle de régulateur des pratiques contractuelles, plus précisément, nous devons passer d'un État interventionniste à un État de réglementation.

Enfin, nous tenons à souligner que ce travail n'est qu'un prélude, nous sommes pleinement conscients que la réforme contractuelle nécessite un travail plus approfondi qui dépasse les limites de cette étude. Nous souhaitons contribuer à la compréhension de ce nouvel

Conclusion Générale

instrument et de ses possibilités d'application. En attendant l'achèvement de cette réforme, notre objectif futur sera d'évaluer la contribution contractuelle à l'amélioration du rendement des systèmes de santé, ce qui, nous l'espérons, sera abordé dans d'autres travaux.

Bibliographie

Bibliographie

- **LES OUVRAGES :**

- Beatrice MAJNONI D'INTIGNANO,(1989), Santé, mon cher souci, Edit. JC Lattès, Economica .
- Beatrice MAJNONI D'INTIGNANO,(1989), Santé, mon cher souci, Edit. JC Lattès, Economica,
- BONNET François, « Comptabilité générale pour la gestion : Les fondements », Tom1, Edition Economica, Novembre 1992.
- BONNICI B., « La politique de santé en France », PUF, 1997, 2ème édition corrigée, 1ère édition, 1993.
- BONNICI Bernard, « La politique de santé en France », PUF, 1997, 2ème édition corrigée, 1ère édition, 1993.
- BOUQUIN Henri, « La comptabilité de gestion », Collection que sais-je ?, 1ère Edition PUF, 1997.
- CAUMONT DANIEL, « les études de marché », Edition DUNOD, paris, 1998 .
- GANASSALI, Stéphane. « Les enquêtes par questionnaire avec sphinx ». Edition Pearson. Paris, 2007 .
- Guy HERVIER, « Optimisez vos achats », Editions d'organisation 2003 .
- IMBERT J., « Les hôpitaux en France », PUF, 6ème édition mise à jour 1994, 1ère édition, 1958.
- Jean- Marie, Fessler., Pierre, Frutiger. La tarification hospitalière à l'activité éléments d'un débat nécessaire et propositions, Paris, éditions Lamarre l'avenue Édouard-Belin 92500 Rueil-Malmaison, 2003 .
- Jean P, De Roodenbeke E. : « La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. », édition Karthala, 2005.
- Jean perrot et Erik de roondenbek, la contractualisation dans les systèmes de santé, pour une utilisation efficace et approprié, édition Karthala, 2005 .
- Larousse médicale, 2003, édition Larousse VDEF, Paris, P, 46.
- Laurent RAVIGNON et al, « Méthode ABC/ABM, Rentabilité mode d'emploi », Edition d'Organisation, 2003 .
- MAILLET Catherine, LE MANH Anne, « Normes comptables internationales IAS/IFRS », Edition Berti, Alger, 2007 .
- MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, « La Protection Sociale », PUF, Paris, 1993.

Bibliographie

- MERCANTON Eric, ROUSSEAU Jean-Marc, « Les normes IAS/IFRS», Edition Dalloz, Paris, Juin 2006.
- Michel GERVAIS, Contrôle de gestion, 5ème édition ECONOMICA, Paris, date 2006.
- Michel MONEREAU. « Gestion des entreprises touristiques », 2 ème édition, 2008.
- Philippe LORINO, « Le contrôle de gestion stratégique, La gestion par les activités », Paris, DUNOD, 1991.
- Ravignon L., « Méthode ABC/ABM, Rentabilité mode d'emploi », Editions d'Organisation, 2003.
- ROBERT HOLCMAN, management hospitalier : manual de gouvernance et de droit hospitaliers, Dunod 4e édition.
- ROBERT HOLCMAN, management hospitalier : manual de gouvernance et de droit hospitaliers, Dunod 4e édition
- Silem.A, Jean-Marie. A. : « Lexique d'économie », éd DALLOZ, 2006.
- Thierry Jacquot et Richard MILKOFF, comptabilité de gestion « Analyse et maîtrise des coûts », 2007.

2. Communications :

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

3.THESES DE DOCTORATS ET MEMOIRES :

- BENMANSOUR Sonia, « La contractualisation dans le système de santé algérien :Nouveau mode de financement des hôpitaux », Filière : Sciences Economiques Option : Monnaie-Finance-Banque, Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou ,2018
- FOUDI Brahim, « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux », Magister en Sciences Economiques, UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA, Bejaia ,2011 .
- KARA TERKI ASSIA, « La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public », Thèse de doctorat En sciences économiques, université Abou Bekre Belkaid, Tlemcen, 2009/2010 .
- Khaldi Mustapha, « L'évaluation du procédé de calcul des coûts hospitaliers » Thèse de doctorat, université Abou Bakr Belkaid, Tlemcen, sans date .

Bibliographie

- MALLEK Meriem, «La Contractualisation outil majeur pour la mise en place d'un Nouveau mode de financement des hôpitaux », Thèse Doctorat, Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou, 2017/2018.
- Sahraoui Y. : « Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins », Thèse de Doctorat en Santé Publique et Economie de la Santé, option, Système de Soins Hospitaliers, Université Paris VII, 2003.
- ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en science MSPRH, «Comptes nationaux de la santé pour l'Algérie», Alger, 2003.

○ LES ARTICLES :

- Ali AIT-MOHAND, SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ (SNS), Université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou Faculté de médecine Département de médecine, 2017,p 29 ./4Paris.
- BOULAHRIK Mohand, « Financement du système de santé Algérien », Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, N° 33 – 2016.
- BOULAHRIK Mohand, Financement du système de santé Algérie, مجلة دراسات في الاقتصاد و التجارة و المالية, مخبر 3الصناعات التقليدية لجامعة الجزائر, , مجلد رقم 05 العدد 02 , سنة 2016 , p 37 .ce économiques, université Amira de Bejaia, Mai 2012.
- BOUQUIN Henri, « Une défense de la comptabilité de gestion », Revue Française de comptabilité, Février 1993
- Carine Chaix-Coutourier, Isabelle Durant Zaleski ; évaluation des technologies de la santé : contexte économique et politique.
- CHEURFA & KAÏD TLILANE, LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES, Economie & Société N° 10 / 2014
- CHEURFA Taous (Doctorante), Pr KAÏD TLILANE Nouara, « La CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES », Economie & Société N° 10,2014
- FETTER R.B., « Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde », Journal d'Economie Médicale, N°5, 1986 et LENAY Olivier et MOISDON Jean-Claude, « Du

Bibliographie

- système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », Revue Française de gestion N°146.
- Ingram M. : « L'apprentissage organisationnel dans les coopérations », revue française de gestion, n°97, 1994 .
 - Lila Ziani, Farida Ziani, « la contractualisation dans le secteur de santé en Algérie », revue les cahiers du poire, volume : 10/ N° :01(2021) .
 - Lila ZIANI1 , Farida ZIANI2, « La contractualisation dans le secteur de santé en Algérie :Etat des lieux et contraintes », Revue les cahiers du POIDEX, Volume: 10 / N°: 01 (2021).
 - LYDIE RIVALDI, « QUELLE PLACE PEUT INVESTIR LE CADRE DE SANTÉ DANS LE PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION INTERNE ? », Recherche en Soins Infirmiers, 2006/2 N° 85 .
 - MALLEK Meriem, « La Contractualisation outil majeur pour la mise en place D'un système de contrôle gestion hospitalier », MÂAREF Revue académique, 10 ème Année –N°20 (Juin 2016) .
 - Manuel des groupes homogènes de malades ; 11ème version de la classification Version 11.11 de la fonction groupage ; Fascicule spécial n° 2009/4bis
 - Matei,A.Drumasu,C ,Corporate Governance and public sector entities ,Science Direct Procedia Economics and Finance, 26,2015
 - MOISDON J.C., « Les contrats dans le nouveau système hospitalier: naissance d'une instrumentation ». Droit Social, septembre - October 1997.
 - Olivier Lenay, Jean-Claude Moïsdon ; Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier ; REVUE Française de gestion N°146, 2003
 - OR Zeynep, RENAUD Thomas, « Principe et enjeux de la Tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) : enseignement de la théorie économiques et des expériences étrangères ». IRDES-Document de travail, n°23, Mars 2009.
 - Organisation Mondiale de la santé (OMS), « L'incitation à la performance des prestataires de services de Santé » ; Discussion paper numéro 1, 2010
 - oseph Tedesco, « LA CONTRACTUALISATION INTERNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS », Lavoisier | « Revue française de gestion », 2003/5 n°146 | pages 205 à 2181

Bibliographie

- P.MEVELLEC, « Qu'est ce qu'une activité ? », Revue française de comptabilité, n°238,1992
- Philippe Rabiller, Alain chabert et rené masseyeff « ABC/ABM un outil décisionnel moderne pour l'hôpital » CAMSP, Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon
- Pr.lamri.larbi, La contractualisation mode opératoire de régulation des systèmes de santé, économie de santé, la presse médicale, Mardi. Juillet 11. 2017,
- Rochaix, L. ; Jacobzone, S. (1997). L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. Numéro spécial économie de la santé, Économie et Prévision. N° 129-130, juillet-septembre,
- Saada Chougrani, La contractualisation et l'information : défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie, Insaniyat / إنسانيات.
- SAADA CHOUGRANI, MILOUD KADDAR, Expérience de la contractualisation Dans le secteur de la santé en Algérie, Journal d'Économie Médicale 2010, Vol. 28, n° 5,
- un système de contrôle gestion hospitalier », MÂAREF (Revue académique) partie : Sciences Economiques, 10 me Année –N° :20 (Juin 2016).
- Youcef ABOU, Brahim BRAHAMIA, Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé, saniyatn°s 75-76, janvier - juin 2017 .

1- Rapports de recherche

- Alta Fölscher, La bonne gouvernance financière : vers une budgétisation moderne rapport 6e SÉMINAIRE ANNUEL DE CABRI du 18 au 19 mai 2010, à Maurice .
- CASTONGUAY Joanne, « Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux », Rapport de projet, Montréal, Mars 2013 .
- Fabienne Alvarez ; Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels, recherche et santé, 1997
- Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRSS), « Mécanismes de financement des Hôpitaux : aperçu et option pour le Canada ; Les générateurs de coût et l'efficacité du système de santé », Rapport 4, Mars 2011 .
- KRIEF Nathalie, « La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : Des enjeux économiques et Sociaux compatibles», Rapport publié dans « comptabilité, contrôle, audit et institution (s), Tunisie (2006) »,Janvier 2011 .

Bibliographie

- L'Ecole Supérieure Algérienne des Affaires (ESAA), « Mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration Des prestations de santé », Réunion du samedi 21 février 2009.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), « Guide méthodologique de calcul des coûts en milieu hospitalier », Alger, 2001
- MSPRH, « Statistiques sanitaires année 2013 (édition 2015) ».
- OMS, « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Genève, 2004

Documents :

- Document interne de chu mustapha .

Textes et lois législatifs :

- Arrêté interministériel du 6 Moharram 1436 correspondant au 30 octobre 2014 fixant les modalités d'application du système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements publics de santé ainsi que la liste des établissements concernés par la mise en œuvre de ce système
- Décret exécutif N°04-101 du 01 avril 2004

Sites web :

- <https://www.wolterskluwer.com/fr-fr/solutions/cch-tagetik/glossary/financial-governance> , consulter le 25.05.2022
- UE Santé publique : Les systèmes de santé, 21avril, 2022,http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-publique/systemes_sante.pdf
- www.santé.dz consulté le 25/05/2022.
- <http://www.site3coh.dz>.

Bibliographie

قائمة المراجع بالعربية

- منظمة الصحة العالمية , منشور االمكتبا لإقليمياشر فالمتوسط، متاح علنا الموقع : www.emro.who.int تما لاطلا علنيه في 2022 .05. 24
- د. بنحليمة حميدة, لنظاما لتعاقديو اصلا حال المؤسسة الاستشفائية, قسم علما لاجتما عبا جمعة باجمختار, عناية محفوظ جودة، (2008)، «التحليل لإحصائيا لأساسيا استخدام «spss ط1، دار وائل لمنشر والتوزيع، عمان، الأردن
- ميماهر الجمال، تقييم الحوكمة في قطا عالر عاية الصحية الاولية في محافظة الفيوم، مركز العقد الاجتماعي، مصر 2013

Annexes

Liste des Annexes :

Annexe n° 1 : le questionnaire

Questionnaire

Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'études pour l'obtention d'un master en Management option « Management des services de santé », à l'école supérieure de management de Tlemcen, nous aurons besoin de votre collaboration pour mener à bien notre étude qui porte sur " le mode de contractualisation comme un nouveau cadre de financement des budgets hospitaliers CHU Mustapha" l'objectif principal de cette étude s'inscrit dans le programme de réforme entreprend le ministère de la santé publique. Nous vous prions de bien vouloir consacrer quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire et on vous remercie d'avance pour votre collaboration.

Partie 01 :

1. Etes-vous un(e) ?*

- Homme
- Femme

2. Avez-vous ?*

- entre 18 et 25 ans
- entre 25 et 35 ans
- entre 35 et 45 ans
- entre 45 et 60 ans
- plus de 60ans

3. Quel est votre statut professionnel ?*

- gestionnaire
- agent d'exécution
- Responsable de service ou de département
- personnel médical
- personnel paramédical

Partie 02 :

4. Le processus de la contractualisation : *

A. partenariat : *

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	d'accord	Très d'accord
Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des services et de prestations que propose l'hôpital n'est pas lié essentiellement à la réalisation du Profit.					
les participants dans le projet de contractualisation ont la possibilité d'évaluer les coûts et les avantages avant même de signer le contrat.					
La combinaison des moyens dont disposent les différents partenaires dans les secteurs de la santé étant nécessaires pour parvenir à un meilleur rendement possible.					
L'engagement des partenaires étant indispensable afin de concrétiser les objectifs et les intérêts conjoints de l'ensemble des partenaires liés par le contrat.					
L'Etat doit s'allier aux différents dispensateurs de soins sur une base de droits et de devoirs, et devra particulièrement remplir le rôle de régulateur en matière d'offre et de demande des prestations de soins					
Le contrat émanant de la convention érigé dans le cadre de la contractualisation crée des engagements à caractère économique et juridique envers l'institution hospitalière..					

Annexes

B. Organisation des structures * :

	Pas du tout d'accord	Pas D'accord	Neutre	d'accord	Très d'accord
L'instruction ministérielle de janvier 2003 ayant produit un effet positif et a porté ses fruits en matière de préparation et d'initiation des hôpitaux à la contractualisation.					
Il y'a nécessité de réviser le fichier national des assurés sociaux afin d'identifier la population des ayants droits en vue de la permettre l'accès gratuit aux soins des établissements privés et publics de santé.					
La restructuration de bureau des entrés représente l'étape essentiel de la réforme hospitalière.					
La structure calcul des coûts aide à la prise de décisions et a la rationalisation des dépenses.					
La mise en place d'un logiciel de comptabilité analytique hospitalière est plus que nécessaire.					

Annexes

C. Système d'information * :

	Pas du tout d'accord	Pas D'accord	Neutre	d'accord	Très d'accord
Le système d'information hospitalier (SIH) qui doit être adopté dans les établissements de santé permet d'améliorer la gestion budgétaire.					
Les délégués personnels qui participent à la mise en œuvre du SIH agissent pour un même objectif « la rationalisation des dépenses ».					
La structure DIM (la direction de l'informatique médicale) permet d'instaurer un SIH performant					
l'installation du PMSI permet une meilleure ventilation des médicaments dans les établissements de santé.					
le bon fonctionnement de (SIH) aide à la mise en place de la contractualisation.					
(SIH) aide a géré les opérations de facturation des dépenses et de recettes propres des établissements de santé					

Annexes

5. gestion budgétaire *

	Pas du tout d'accord	Pas D'accord	Neutre	d'accord	Très d'accord
une bonne gestion budgétaire permet d'améliorer la performance des hôpitaux					
l'amélioration de la gestion budgétaire est un facteur clé pour réaliser des bénéfices.					
la prise de décisions efficace est liée à une bonne gestion budgétaire.					
la santé financière des hôpitaux est conditionnée par l'utilisation rationnelle des ressources					
la maîtrise des coûts et des dépenses permet une meilleure gestion des services.					
le contrôle interne et externe des activités dans le cadre de l'audit permet d'assurer la transparence dans la gestion des ressources.					
L'opération de négociation des contrats budgétaire nécessite une bonne formation des cadres.					
La responsabilité de tous les acteurs intervenants dans le cadre des contrats budgétaire est engagée.					
la bonne gestion permet d'améliorer des performances économiques des hôpitaux publics.					

Annexes

6. Gouvernance financière hospitalière :*

	Pas du tout d'accord	Pas D'accord	Neutre	d'accord	Très d'accord
le cadre de gouvernance financière actuel ne permet pas de réaliser les objectifs programmés de la réforme hospitalière.					
l'allocation budgétaire selon le mode de l'enveloppe globale ne permet pas de financier rationnellement les hôpitaux.					
le système de financement basé sur la tarification aide à financer les hôpitaux d'une manière rationnelle.					
la gouvernance hospitalière aide à optimiser les compétences et réduire les risques auxquelles sont face les hôpitaux					
Une révision radicale du statut juridique des hôpitaux publics aide à adopter « le système de contractualisation »					
Les problèmes rencontrés à l'hôpital par les professionnels de santé influent négativement sur la prise en charge des patients.					
L'opération de remplissage de la fiche navette n'a pas été concluante et par conséquent L'étape de mis en œuvre de facturation est retardée					

Annexe n°2 : Résultats SPSS

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,948	33

RELIABILITY

```
/VARIABLES=x1.1 x1.2 x1.3 x1.4 x1.5 x1.6 x2.1 x2.2 x2.3 x2.4 x5.5 x3.1 x3.2  
x3.3 x3.4 x3.5 x3.6  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,894	17

RELIABILITY

```
/VARIABLES=y4.1 VAR00016 y4.2 y4.3 y4.4 VAR00017 y4.5 y4.6 y4.7  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,926	9

RELIABILITY

```
/VARIABLES=z1 z2 z3 z4 z5 z6 z7  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,870	7

Fréquences

Statistiques

1-Sexe

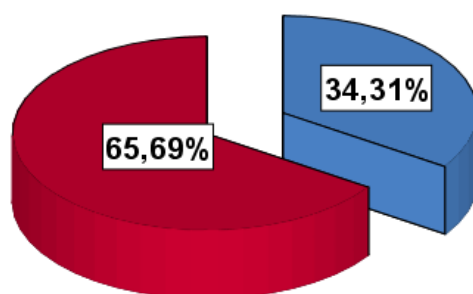
N	Valide	Manquant
	102	0

1-Sexe

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Homme	35	34,3	34,3	34,3
	Femme	67	65,7	65,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Sexe

■ Homme
■ Femme



Fréquences

Table de fréquences

Tranche d'âge

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	entre 25 et 35 ans	22	21,6	21,6	21,6
	entre 35 et 45 ans	53	52,0	52,0	73,5
	entre 45 et 60 ans	25	24,5	24,5	98,0
	plus de 60 ans	2	2,0	2,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

statut professionnel

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	gestionnaire	23	22,5	22,5	22,5
	agent d'exécution	19	18,6	18,6	41,2
	Responsable de service ou de département	35	34,3	34,3	75,5
	personnel médical	15	14,7	14,7	90,2
	personnel paramédical	10	9,8	9,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Graphique à barres

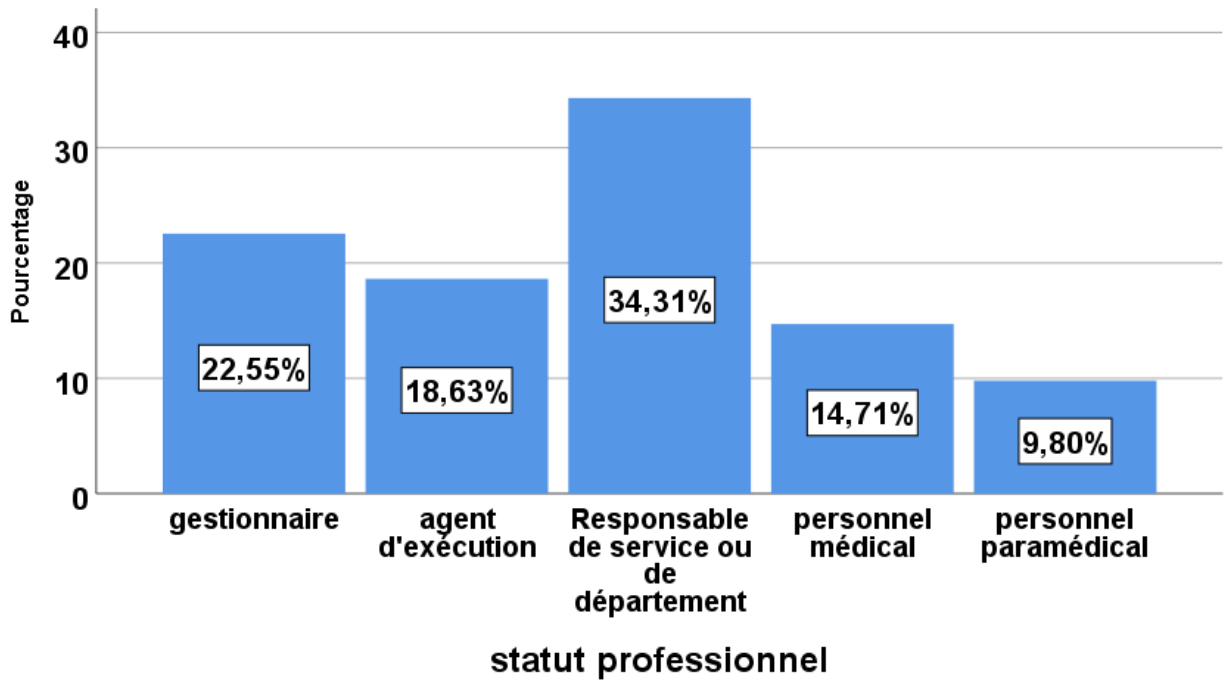
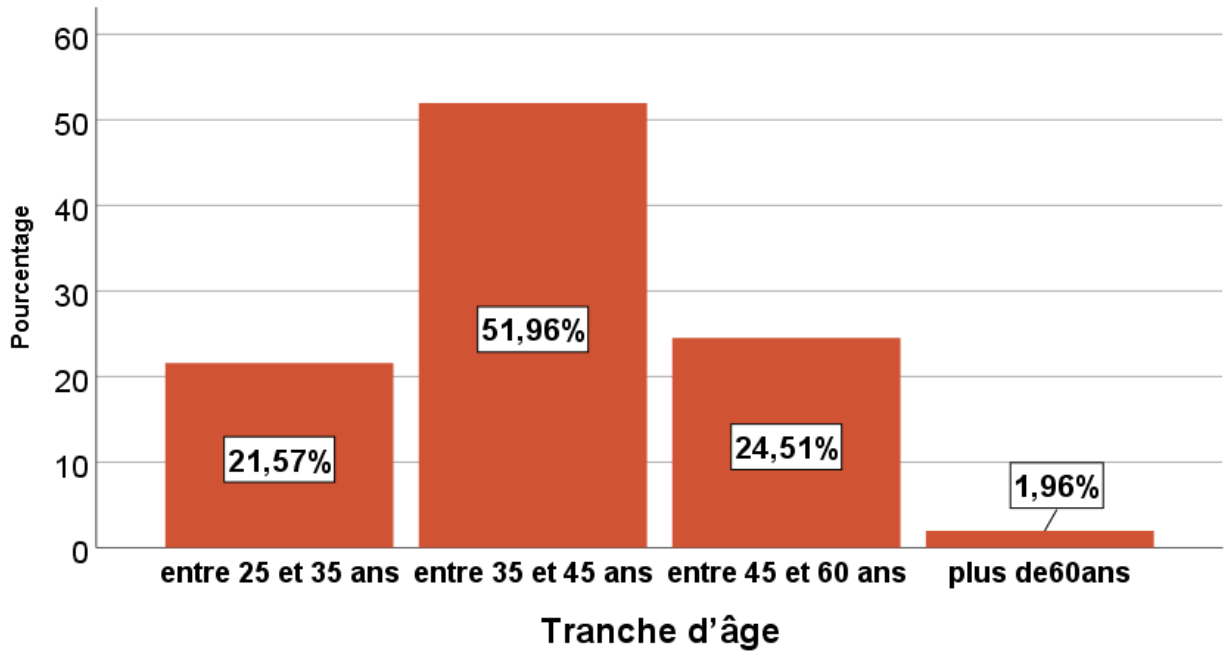


Table de fréquences

x1.1- Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des services et de prestations que propose l'hôpital n'est pas lié essentiellement à la réalisation du Profit.]

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	3	2,9	2,9	2,9
	neutre	1	1,0	1,0	3,9
	Plutôt d'accord	36	35,3	35,3	39,2
	Tout à fait d'accord	62	60,8	60,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x1.2 -Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des services et de prestations que propose l'hôpital n'est pas lié essentiellement à la réalisation du Profit.]

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	4	3,9	3,9	4,9
	Plutôt d'accord	33	32,4	32,4	37,3
	Tout à fait d'accord	64	62,7	62,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x1.3 -La combinaison des moyens dont disposent les différents partenaires dans les secteurs de la santé étant nécessaires pour parvenir à un meilleur rendement possible.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	3	2,9	2,9	2,9
	Plutôt d'accord	36	35,3	35,3	38,2
	Tout à fait d'accord	63	61,8	61,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x1-4-L'engagement des partenaires étant indispensables afin de concrétiser les objectifs et les intérêts conjoints de l'ensemble des partenaires liés par le contrat.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	5	4,9	4,9	5,9
	Plutôt d'accord	31	30,4	30,4	36,3
	Tout à fait d'accord	65	63,7	63,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Annexes

x1.5-L'Etat doit s'allier aux différents dispensateurs de soins sur une base de droits et de devoirs, et devra particulièrement remplir le rôle de régulateur en matière d'offre et de demande des prestations de soins.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	Neutre	3	2,9	2,9	3,9
	Plutôt d'accord	29	28,4	28,4	32,4
	Tout à fait d'accord	69	67,6	67,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x1.6-Le contrat émanant de la convention érigé dans le cadre de la contractualisation crée des engagements à caractère économique et juridique envers l'institution hospitalière. Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des s

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	Neutre	4	3,9	3,9	4,9
	Plutôt d'accord	35	34,3	34,3	39,2
	Tout à fait d'accord	62	60,8	60,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x2.1-L'instruction ministérielle de janvier 2003 ayant produit un effet positif et a porté ses fruits en matière de préparation et d'initiation des hôpitaux à la contractualisation. Il y'a nécessité de reviser le fichier national des assurés sociaux afin

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout d'accord	75	73,5	73,5	73,5
	plutôt pas d'accord	19	18,6	18,6	92,2
	Neutre	2	2,0	2,0	94,1
	Plutôt d'accord	2	2,0	2,0	96,1
	Tout à fait d'accord	4	3,9	3,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x2.2- Il y'a nécessité de reviser le fichier national des assurés sociaux afin

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	6	5,9	5,9	6,9
	Plutôt d'accord	29	28,4	28,4	35,3
	Tout à fait d'accord	66	64,7	64,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x2.3-La restructuration de bureau des entrés représente l'étape essentiel de la réforme hospitalière.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	27	26,5	26,5	26,5
	neutre	3	2,9	2,9	29,4
	Tout à fait d'accord	72	70,6	70,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x2.4- La structure calcul des coûts aide à la prise de décisions et a la rationalisation des dépenses.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	4	3,9	3,9	4,9
	Plutôt d'accord	34	33,3	33,3	38,2
	Tout à fait d'accord	63	61,8	61,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x2.5-La mise en place d'un logiciel de comptabilité analytique hospitalière est plus que nécessaire.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	6	5,9	5,9	5,9
	Plutôt d'accord	29	28,4	28,4	34,3
	Tout à fait d'accord	67	65,7	65,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Annexes

x3.1 Le système d'information hospitalier SIH qui doit être adopté dans les établissements de santé permet d'améliorer la gestion budgétaire.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	4	3,9	3,9	3,9
	Plutôt d'accord	31	30,4	30,4	34,3
	Tout à fait d'accord	67	65,7	65,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x3.2 Les déferents personnels qui participent à la mise en œuvre du SIH agissent pour un même objectif « la rationalisation des dépenses ».

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	3	2,9	2,9	2,9
	neutre	2	2,0	2,0	4,9
	Plutôt d'accord	41	40,2	40,2	45,1
	Tout à fait d'accord	56	54,9	54,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x3.3 La structure DIM (la direction de l'informatique médicales) permet d'instaurer un SIH performant

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	6	5,9	5,9	6,9
	Plutôt d'accord	33	32,4	32,4	39,2
	Tout à fait d'accord	62	60,8	60,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x3.4 l'installation du PMSI permet une meilleure ventilation des médicaments dans les établissements de santé.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	2	2,0	2,0	2,0
	neutre	6	5,9	5,9	7,8
	Plutôt d'accord	33	32,4	32,4	40,2
	Tout à fait d'accord	61	59,8	59,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Annexes

x3.5 le bon fonctionnement de (SIH) aide à la mise en place de la contractualisation.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	7	6,9	6,9	6,9
	Plutôt d'accord	29	28,4	28,4	35,3
	Tout à fait d'accord	66	64,7	64,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

x3.6 (SIH) aide a géré les opérations de facturation des dépenses et de recettes propres des établissements de santé.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	2	2,0	2,0	2,0
	neutre	5	4,9	4,9	6,9
	Plutôt d'accord	29	28,4	28,4	35,3
	Tout à fait d'accord	66	64,7	64,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

y1-une bonne gestion budgétaire permet d'améliorer la performance des hôpitaux l'amélioration de la gestion budgétaire est un facteur clé pour réaliser des bénéfices.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	1	1,0	1,0	1,0
	Plutôt d'accord	34	33,3	33,3	34,3
	Tout à fait d'accord	67	65,7	65,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

y2 l'amélioration de la gestion budgétaire est un facteur clé pour réaliser des bénéfices.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	1	1,0	1,0	1,0
	Plutôt d'accord	45	44,1	44,1	45,1
	Tout à fait d'accord	56	54,9	54,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Annexes

y3-la prise de décisions efficace est liée à une bonne gestion budgétaire.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	2	2,0	2,0	2,9
	Plutôt d'accord	31	30,4	30,4	33,3
	Tout à fait d'accord	68	66,7	66,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

y4-la santé financière des hôpitaux est conditionnée par l'utilisation rationnelle des ressources.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	1	1,0	1,0	1,0
	Plutôt d'accord	39	38,2	38,2	39,2
	Tout à fait d'accord	62	60,8	60,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

y5-la maîtrise des coûts et des dépenses permet une meilleure gestion des services. le contrôle interne et externe des activités dans le cadre de l'audit permet d'assurer la transparence dans la gestion des ressources.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	1	1,0	1,0	1,0
	Plutôt d'accord	29	28,4	28,4	29,4
	Tout à fait d'accord	72	70,6	70,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

y6le contrôle interne et externe des activités dans le cadre de l'audit permet d'assurer la transparence dans la gestion des ressources.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	2	2,0	2,0	2,0
	Plutôt d'accord	37	36,3	36,3	38,2
	Tout à fait d'accord	63	61,8	61,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Annexes

y7-L'opération de négociation des contrats budgétaire nécessite une bonne formation des cadres.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	2	2,0	2,0	2,0
	Plutôt d'accord	27	26,5	26,5	28,4
	Tout à fait d'accord	73	71,6	71,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

y8-La responsabilité de tous les acteurs intervenants dans le cadre des contrats budgétaire est engagée.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	1	1,0	1,0	1,0
	Plutôt d'accord	34	33,3	33,3	34,3
	Tout à fait d'accord	67	65,7	65,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

y9-la bonne gestion permet d'améliorer des performances économiques des hôpitaux publics.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	1	1,0	1,0	1,0
	Plutôt d'accord	27	26,5	26,5	27,5
	Tout à fait d'accord	74	72,5	72,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

le cadre de gouvernance financière actuel ne permet pas de réaliser les objectifs programmés de la réforme hospitalière

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	1	1,0	1,0	1,0
	Plutôt d'accord	27	26,5	26,5	27,5
	Tout à fait d'accord	74	72,5	72,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Annexes

l'allocation budgétaire selon le mode de l'enveloppe globale ne permet pas de financier rationnellement les hôpitaux

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	neutre	7	6,9	6,9	6,9
	Plutôt d'accord	29	28,4	28,4	35,3
	Tout à fait d'accord	66	64,7	64,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

le système de financement basé sur la tarification aide à financer les hôpitaux d'une manière rationnelle

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	6	5,9	5,9	6,9
	Plutôt d'accord	38	37,3	37,3	44,1
	Tout à fait d'accord	57	55,9	55,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

la gouvernance hospitalière aide à optimiser les compétences et réduire les risques auxquelles sont face les hôpitaux.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	8	7,8	7,8	8,8
	Plutôt d'accord	30	29,4	29,4	38,2
	Tout à fait d'accord	63	61,8	61,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Une révision radicale du statut juridique des hôpitaux publics aide à adopter « le système de contractualisation »

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	2	2,0	2,0	2,9
	Plutôt d'accord	31	30,4	30,4	33,3
	Tout à fait d'accord	68	66,7	66,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Annexes

Les problèmes rencontrés à l'hôpital par les professionnels de santé influent négativement sur la prise en charge des patients.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	1	1,0	1,0	1,0
	neutre	3	2,9	2,9	3,9
	Plutôt d'accord	33	32,4	32,4	36,3
	Tout à fait d'accord	65	63,7	63,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

L'opération de remplissage de la fiche navette n'a pas été concluante et par conséquent L'étape de mis en œuvre de facturation est retardée

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plutôt pas d'accord	2	2,0	2,0	2,0
	neutre	2	2,0	2,0	3,9
	Plutôt d'accord	33	32,4	32,4	36,3
	Tout à fait d'accord	65	63,7	63,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Descriptives

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
x1.1- Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des services et de prestations que propose l'hôpital n'est pas lié essentiellement à la réalisation du Profit.]	102	4,54	0,67
x1.2 -Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des services et de prestations que propose l'hôpital n'est pas lié essentiellement à la réalisation du Profit.]	102	4,57	0,62
x1.3 -La combinaison des moyens dont disposent les différents partenaires dans les secteurs de la santé étant nécessaires pour parvenir à un meilleur rendement possible.	102	4,59	0,55
x1-4-L'engagement des partenaires étant indispensables afin de concrétiser les objectifs et les intérêts conjoints de l'ensemble des partenaires liés par le contrat.	102	4,57	0,64
x1.5-L'Etat doit s'allier aux différents dispensateurs de soins sur une base de droits et de devoirs, et devra particulièrement remplir le rôle de régulateur en matière d'offre et de demande des prestations de soins.	102	4,63	0,60

Annexes

x1.6-Le contrat émanant de la convention érigé dans le cadre de la contractualisation crée des engagements à caractère économique et juridique envers l'institution hospitalière. Le partenariat qui peut être engagé dans le cadre de la gestion d'offre des s	102	4,55	0,62
x2.1-L'instruction ministérielle de janvier 2003 ayant produit un effet positif et a porté ses fruits en matière de préparation et d'initiation des hôpitaux à la contractualisation. Il y'a nécessité de reviser le fichier national des assurés sociaux afin	102	1,44	0,94
x2.2-La restructuration de bureau des entrés représente l'étape essentiel de la réforme hospitalière.	102	4,15	1,34
x2.3- La structure calcul des coûts aide à la prise de décisions et a la rationalisation des dépenses.	102	4,56	0,62
x2.4-La mise en place d'un logiciel de comptabilité analytique hospitalière est plus que nécessaire.	102	4,60	0,60
x2.5-L'instruction ministérielle de janvier 2003 ayant produit un effet positif et a porté ses fruits en matière de préparation et d'initiation des hôpitaux à la contractualisation. Il y'a nécessité de reviser le fichier national des assurés sociaux afin	102	4,57	0,65
x3.1 Le système d'information hospitalier SIH qui doit être adopté dans les établissements de santé permet d'améliorer la gestion budgétaire.	102	4,62	0,56
x3.2 Les déferents personnels qui participent à la mise en œuvre du SIH agissent pour un même objectif « la rationalisation des dépenses ».	102	4,47	0,69
x3.3 La structure DIM (la direction de l'informatique médicales) permet d'instaurer un SIH performant	102	4,53	0,66
x3.4 l'installation du PMSI permet une meilleure ventilation des médicaments dans les établissements de santé.	102	4,50	0,70
x3.5 le bon fonctionnement de (SIH) aide à la mise en place de la contractualisation. (SIH) aide a géré les opérations de facturation des dépenses et de recettes propres des établissements de santé	102	4,58	0,62
x3.6 Le système d'information hospitalier SIH qui doit être adopté dans les établissements de santé permet d'améliorer la gestion budgétaire.	102	4,56	0,68
y1-une bonne gestion budgétaire permet d'améliorer la performance des hôpitaux l'amélioration de la gestion budgétaire est un facteur clé pour réaliser des bénéfices.	102	4,65	0,50

Annexes

y2 l'amélioration de la gestion budgétaire est un facteur clé pour réaliser des bénéfices.	102	4,54	0,52
y3-la prise de décisions efficace est liée à une bonne gestion budgétaire.	102	4,63	0,58
y4-la santé financière des hôpitaux est conditionnée par l'utilisation rationnelle des ressources.	102	4,60	0,51
y5-la maîtrise des coûts et des dépenses permet une meilleure gestion des services. le contrôle interne et externe des activités dans le cadre de l'audit permet d'assurer la transparence dans la gestion des ressources.	102	4,70	0,48
y6le contrôle interne et externe des activités dans le cadre de l'audit permet d'assurer la transparence dans la gestion des ressources.	102	4,60	0,53
y7-L'opération de négociation des contrats budgétaire nécessite une bonne formation des cadres.	102	4,70	0,50
y8-La responsabilité de tous les acteurs intervenants dans le cadre des contrats budgétaire est engagée.	102	4,65	0,50
y9-la bonne gestion permet d'améliorer des performances économiques des hôpitaux publics.	102	4,72	0,48
le cadre de gouvernance financière actuel ne permet pas de réaliser les objectifs programmés de la réforme hospitalière	102	4,72	0,48
l'allocation budgétaire selon le mode de l'enveloppe globale ne permet pas de financier rationnellement les hôpitaux	102	4,58	0,62
le système de financement basé sur la tarification aide à financer les hôpitaux d'une manière rationnelle	102	4,48	0,66
la gouvernance hospitalière aide à optimiser les compétences et réduire les risques auxquelles sont face les hôpitaux.	102	4,52	0,69
Une révision radicale du statut juridique des hôpitaux publics aide à adopter « le système de contractualisation »	102	4,63	0,58
Les problèmes rencontrés à l'hôpital par les professionnels de santé influent négativement sur la prise en charge des patients.	102	4,59	0,60
L'opération de remplissage de la fiche navette n'a pas été concluante et par conséquent L'étape de mis en œuvre de facturation est retardée	102	4,58	0,64
Le processus de la contractualisation	102	4,35	0,44
Partenariat	102	4,57	0,45
Organisation des structures	102	3,86	0,51
Système d'information	102	4,54	0,56
Gestion budgétaire	102	4,64	0,41

Annexes

Gouvernance financière hospitalière	102	4,58	0,46
N valide (liste)	102		

REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT Y
/METHOD=ENTER X.

```

Régression

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	Le processus de la contractualisation ^b	.	Introduire

a. Variable dépendante : Gestion budgétaire

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,731 ^a	,534	,529	,278

a. Prédicteurs : (Constante), Le processus de la contractualisation

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8,872	1	8,872	114,492	,000 ^b
	de Student	7,749	100	,077		
	Total	16,622	101			

a. Variable dépendante : Gestion budgétaire

b. Prédicteurs : (Constante), Le processus de la contractualisation

Annexes

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	1,680	,278			6,042	,000
	Le processus de la contractualisation	,680	,064	,731		10,700	,000

a. Variable dépendante : Gestion budgétaire

Régression

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	Le processus de la contractualisation ^b	.	Introduire

a. Variable dépendante : Gouvernance financière hospitalière

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,718 ^a	,516	,511	,320

a. Prédicteurs : (Constante), Le processus de la contractualisation

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	10,925	1	10,925	106,456	,000 ^b
	de Student	10,263	100	,103		
	Total	21,188	101			

a. Variable dépendante : Gouvernance financière hospitalière

b. Prédicteurs : (Constante), Le processus de la contractualisation

Annexes

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		Sig.
		B	Erreur standard	Bêta	t	
1	(Constante)	1,299	,320		4,059	,000
	Le processus de la contractualisation	,755	,073	,718	10,318	,000

a. Variable dépendante : Gouvernance financière hospitalière

Tables des matières

Table des matières

Table des matières

REMERCIEMENTS	I
DEDICACES	II
SOMMAIRE	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES SCHEMAS	VII
LISTES DES FIGURES	VIII
LISTES DES ANNEXES	IX
LISTE DES ABREVIATIONS	X
INTRODUCTION GENERALE	1
ETUDES PRECEDENTES	2
L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE :	6
L'IMPORTANCE DE L'ETUDE :	6
LES RAISONS DU CHOIX DE CE SUJET :.....	6
METHODOLOGIE DE RECHERCHE :.....	6
LA STRUCTURE DE L'ETUDE :.....	7
CHAPITRE (I) ASPECT THEORIQUE ET NOTIONS DE BASE DE LA CONTRACTUALISATION	8
SECTION 01 : LA CONTRACTUALISATION (FONDEMENTS THEORIQUES) :.....	10
1. Pourquoi contractualiser ?	10
1.1. La relation contractuelle à travers le contrat	11
1.2. La contractualisation :	11
1.3. Théorie de l'agence ou (des mandats) :.....	12
2. Les types de relation contractuelle :	13
2.1. Une relation contractuelle basée sur une délégation de responsabilité :.....	13
2.1.1. Des contrats de délégation à un acteur privé:	14
2.1.2. Des contrats d'association au service public :(concessionnaire de service public, système d'accréditation) :.....	14
2.1.3. Des contrats liants l'Etat et ses institutions autonomes :.....	15
2.1.4. Des contrats liants l'Etat aux collectivités territoriales : principe de subsidiarité: 15	
2.2. Une relation contractuelle basée sur un acte d'achat :	15
2.2.1. Relation entre les détenteurs de fonds et les prestataires de services de santé : 16	
2.2.2. Relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les partenaires du secteur de la santé :	17
2.3. Une relation contractuelle basée sur une coopération :.....	17
2.3.1. Les relations à interpénétration organisationnelle faible :.....	18
2.3.1.1. Le franchising :	18

Table des matières

2.3.1.2. Coopération entre établissement de soins et association de bénévoles :...	19
2.3.1.3. La coopération au sein d'un réseau :	19
2.3.1.4. La coopération entre les élus locaux et les spécialistes de la santé :	19
2.3.1.5. Les coopérations entre les gouvernements et les partenaires au développement dans le cadre des « SWAPS »:	20
2.3.1.6. La coopération dans le cadre des accords de partenariat :	20
2.3.2. Les accords comportant un fort chevauchement réglementaire:	21
2.3.2.1. La cogestion :	21
2.3.2.2. Les alliances :	22
2.4. Les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle :	22
2.4.1. La préparation à la contractualisation.....	22
2.4.2. La formalisation de la relation contractuelle	23
2.4.3. La mise en œuvre du contrat.....	24
2.4.4. La fin du contrat	24
SECTION 02 : LA CONTRACTUALISATION HOSPITALIERE :	26
1. La contractualisation interne :	26
1.1. La définition de la contractualisation interne:	26
1.2. Impact du contexte actuel sur la démarche contractuelle :	27
1.3. Intérêts et limites de la contractualisation interne :	27
2. la contractualisation externe :	28
2.1. La contractualisation externe, source de redéfinition des responsabilités :	29
2.2. Un Outil de gestion pour les établissements:	30
2.3. Un Outil de management pour les autorités de contrôle :	31
3. La contractualisation externe verticale en « aval »et en « amont ».....	32
3.1. La contractualisation verticale en aval:	32
3.2. La contractualisation externe verticale en amont :	34
3.3. Les avantages et les principes de la contractualisation :	37
3.3.1. Les principaux avantages de cette approche contractuelle sont :	37
3.3.2. Les fondements du système contractuel :	38
SECTION 03 : LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX ALGERIENS	40
1. La logique concernant la contractualisation en Algérie :	40
1.1. Les entités concernées par la contractualisation en Algérie :	40
2. Quelles sont les étapes et le processus de la mise en œuvre de la contractualisation en Algérie ?.....	43
3. Les objectifs concernant la contractualisation en Algérie :	49
3.1. Maîtriser les dépenses : on parle ici d'efficacité et d'efficience :	49
3.2. Améliorer la qualité des soins :	51
3.3. Transparence dans les relations des institutions de santé publique avec leurs bailleurs de fonds :	51
3.4. Contrôle du système de santé :	51
3.5. Respect du principe de prestation de soins (traitement) :	52
CONCLUSION :	53

Table des matières

CHAPITRE (II) LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE NATIONAL (EN ALGERIE)	54
INTRODUCTION :	55
SECTION 01 : LE MODE DE FINANCEMENT DES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE	56
1. La méthode de financement par budget global :	56
1.1. Définition :	56
1.2. Les avantages de la méthode de financement par budget global sont :	59
1.3. Les inconvénients de la méthode de financement par budget global :	60
2. Le financement à la journée hospitalière :	61
3. Le financement basé sur l'activité T2A :	63
3.1. Qu'est qu'une T2A ?	63
3.2. Les modalités de financement de la T2A :	63
3.3. Les avantages principaux de la T2A :	64
3.4. Les inconvénients de la T2A :	65
4. L'approche (GHM) : (en projet –au sein des hôpitaux pilotes) :	65
5. La gouvernance financière hospitalière :	68
5.1. La gouvernance hospitalière :	68
5.1.1. Qu'est-ce que la gouvernance hospitalière :	68
5.1.2. La gouvernance de la santé vise à atteindre certains principes :	69
5.2. La gouvernance financière :	70
5.2.1. L'importance la gouvernance financière :	70
SECTION 02 : LES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE :	72
1. Dépensesdesanté :	73
1.1. Nature et typologie des dépenses de santé :	73
1.2. Autres dépenses de santé :	76
2. Les facteurs d'accroissement des dépenses de santé :	78
3. Outils de régulation des dépenses de santé en Algérie :	81
3.1. Contrôle comptable des dépenses de santé:	81
3.2. Contrôle des demandes de soins :	81
3.3. La planification et la maîtrise de l'offre :	82
4. Les forces et faiblesses du SNS :	83
4.1. Les forces du SNS :	83
4.2. Les faiblesses du SNS :	83
5. Les enjeux de la gratuité des soins :	84
SECTION 3 : LE SYSTEME D'INFORMATION MEDICO-ECONOMIQUE COMME OUTIL PREALABLE A L'INSTAURATION DE LA CONTRACTUALISATION.	85
1. Les calculs des couts des prestations médicales et économiques :	85
2. La triple comptabilité hospitalière (TRICOH) :	87
2.1. Le rôle du système 3COH :	88
2.2. Présentation des trois comptabilités :	89
2.2.1. La comptabilité générale :	89
2.2.2. La comptabilité analytique :	91
3. La méthode ABC :	95

Table des matières

3.1. Principe de la méthode ABC :.....	96
3.2. Les Etapes de L'implantation de La méthode ABC :.....	98
3.3. Avantages de la méthode ABC :	100
CONCLUSION :	102
CHAPITRE (III) ÉTUDE EMPIRIQUE	104
INTRODUCTION :	105
SECTION 1 : PRESENTATION DU CHU MUSTAPHA :	106
1. Historique :	106
2. Mission :	106
2.1. En matière de soins :	106
2.2. En matière de formation :.....	106
2.3. En ce qui concerne la recherche:.....	106
3. Présentation succincte du C. H. U. A Mustapha :	107
4. DISPOSITIONS FINANCIERES :	112
5. DISCRIPTION DE L'ORGANIGRAMME GENERAL DE C.H.U.A :	115
5.1. Direction des activités médicales et paramédicales	115
5.2. Direction des moyens matériels.	115
5.3. Direction Ressources des humaines.	115
5.4. Direction des finances et de contrôle :	116
SECTION 2 : LA PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE :	117
1. La présentation de l'enquête :.....	117
2. Le cadre structurel de la recherche empirique :.....	117
2.1. La cible de l'enquête :	117
2.2. L'échantillonnage :.....	118
2.3. Choix de la méthode d'échantillonnage :.....	118
3. La méthode empirique :	118
3.1. La taille d'échantillonnage :	118
4. L'élaboration du questionnaire :.....	118
4.1. Présentation et structure du questionnaire :.....	118
4.2. Les types des questions posées :	121
4.3. L'administration du questionnaire :	121
4.4. Les méthodes statistiques utilisées dans l'étude :	121
SECTION 02 : L'ANALYSE ET LES RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES	122
1. Description statistique des caractéristiques de l'échantillon de l'étude :	122
1.1. Répartition selon le genre :.....	123
1.2. Répartition selon la tranche d'âge :.....	124
1.3. Répartition selon le statut professionnel :	125
2. Analyse statistique des données du questionnaire :.....	126
2.1. Présentation de l'échelle de Likert	126
2.2. L'interprétation des données relatives à (le processus de contractualisation) et (la gestion budgétaire) et (gouvernance financière)	126
2.2.1. Interprétation de la variable (Le processus de la contractualisation)	126
2.2.1.1. Interprétation de la sous variable (Partenariat)	127

Table des matières

2.2.1.2. Interprétations de la sous variable (Organisation des structures).....	129
2.2.1.3. Interprétation de la sous variable (Système d'information).....	131
2.2.2. Interprétation de variable (Gestion budgétaire).....	134
2.2.3. Interprétation de la variable (Gouvernance financière hospitalière)	136
3. Test hypothèses.....	138
CONCLUSION	142
CONCLUSION GENERALE	143
BIBLIOGRAPHIE	147
ANNEXES.....	155

Résumé :

En Algérie, l'introduction de nouveaux mécanismes de financement fondés sur des relations contractuelles entre la sécurité sociale et l'État et divers établissements de santé publique est l'un des aspects clés de la réforme du système de santé, en particulier la réhabilitation des hôpitaux. L'objectif principal de cette partie de la réforme est de redéfinir les relations entre les acteurs clés du système de santé qui souhaitent une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles. Cependant, après trois décennies, le contrat n'a pas porté ses fruits dans sa conception ou son application en tant que nouvelle méthode de financement. Enfin, si les bénéfices du recours à la contractualisation sont nombreux, il faut aussi souligner les difficultés. Enfin, il ne faut jamais sous-estimer les compétences techniques nécessaires pour recourir à une contractualisation à grande échelle, qui ne sont pas toujours présentes dans le monde hospitalier public actuel.

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

Summary:

In Algeria, introducing the new financing mechanisms is based on contractual relations between social security and the country (state) and other public health organization is one of the key aspects of the health system reform and in particular public hospitals rehabilitation.

The main objective of this part of reform is to refine the relationships between the health system key factors which aims a big efficiency in using the available resources. For the time being, after three decades the contract didn't bring values in its conception and application as a new financial method.

If the benefits of resorting to contractualization are numerous, it's also necessary to underline the difficulties.

Finally, we should never underestimate the technical skills necessary to resort to large-scale contractualizations, which are not always present in today's public hospital world.

Key words: Algeria, contractualisation, hospitals, social security, financing.

ملخص:

في الجزائر، يعتبر إدخال آليات تمويل جديدة على أساس العلاقات التعاقدية بين الضمان الاجتماعي والدولة ومختلف مؤسسات الصحة العامة. أحد الجوانب الرئيسية لإصلاح النظام الصحي، ولاسيما إعادة تأهيل المستشفيات.

الهدف الرئيسي لهذا الجزء من الإصلاح هو إعادة تحديد العلاقات بين اللاعبين الرئيسيين في النظام الصحي الذين يريدون كفاءة أكبر في استخدام الموارد المتاحة. ومع ذلك بعد ثلاثة عقود لم يثمر العقد في مفهومه أو تطبيقه كطريقة جديدة للتمويل، إذا كانت فوائد اللجوء إلى التعاقد عديدة، فلا بد أيضاً من التأكيد على الصعوبات.

أخيراً، لا ينبغي أبداً التقليل من أهمية المهارات الفنية المطلوبة للجوء إلى التعاقد على نطاق واسع، والتي لا توجد دائماً في عالم المستشفيات العامة اليوم.

الكلمات المفتاحية: الجزائر، تعاقد، مستشفى، الضمان الاجتماعي، تمويل.