

**La contractualisation dans le secteur de santé en Algérie :
Etat des lieux et contraintes
Contractualization in the health sector in Algeria:
State of play and constraints**

Lila ZIANI¹, Farida ZIANI²

¹ MCB, Université de Bejaia, Algérie, lila.ziani@univ-bejaia.dz

² MCB, Université de Bejaia, Algérie, farida.ziani@univ-bejaia.dz

Reçu le:23./05/2021

Accepté le:13./06/2021

Publié le:30/06/2021

Résumé :

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

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

Jel Classification Codes: I11, I18, H55.

Summary:

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

Keywords: Contractualization, hospitals, social security, financing, Algeria.

Auteur correspondant : Dr ZIANI Lila, Université de Bejaia, Algérie, **Email :** lila.ziani@univ-bejaia.dz

1.introduction :

Partout dans le monde, l'hôpital public occupe une place centrale, car, tant en matière sanitaire que sociale, il est pour toute personne malade le recours ultime, lorsque toutes les autres possibilités de prise en charge se sont révélées inefficaces et parfois le premier, voire le seul. De plus, pour les personnes en situation de précarité, le service d'urgences de l'hôpital est souvent la « seule porte d'entrée dans le système de soins (Panel, 2007, p. 319).

A l'instar des autres pays du monde, en Algérie, l'hôpital public est amené à remplir une mission particulièrement difficile dans la mesure où il se trouve au cœur des deux grandes fonctions de l'Etat que sont le financement et la distribution avec comme particularité son financement intégralement public et sa distribution largement gratuite et ce depuis 1973, date de la promulgation de la gratuite des soins.

Pour remplir les missions qui lui sont dévolues, l'hôpital est devenu l'un des éléments les plus coûteux pour le système de santé. Les hôpitaux reçoivent, en Algérie, à peu près les trois quarts des ressources affectées au fonctionnement des secteurs sanitaires.

Conscients de cette situation, les pouvoirs publics algériens ont engagé un ensemble de réformes pour essayer de réguler les dépenses de santé en milieu hospitalier et de chercher de nouvelles sources de financement. Parmi ces réformes, figure celle du financement du système public de soins à travers la contractualisation. Le projet de réforme du mode de financement des hôpitaux, à base de la contractualisation des relations entre les hôpitaux et leurs bailleurs de fonds, est dictée à la fois par le contexte de rareté des ressources financières accentuées par l'augmentation incontrôlée des dépenses de santé et par l'émergence de la notion hôpital « entreprise » fonctionnant le plus souvent dans un environnement concurrentiel et obéissant à des contraintes qui s'apparentent de plus au plus aux objectifs de gestion, stricto sensu (Cheriet, 2009, p. 131)

Partant de ces faits, l'objet de cette communication est d'analyser les enjeux de la mise en œuvre de la contractualisation dans les hôpitaux en Algérie. Pour ce faire, nous allons d'abord dans la première section exposer les principaux facteurs imposant la réforme du mode de financement des

hôpitaux en Algérie. La deuxième section sera consacrée à l'analyse de l'approche contractuelle comme mode d'allocation des ressources aux structures hospitalières algériennes. Enfin, dans la dernière section nous mettrons l'accent sur les contraintes majeures entravant sa mise en place.

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

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

2.1. Des modes de financement des hôpitaux peu incitatifs et inflationnistes

Depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée " prix de journée " déterminée conjointement en termes de négociation entre les départements (wilayas) et les organismes de sécurité sociale (Lamri, 2015, p. 3). Le prix de journée était calculé ex ante, pour chaque établissement et chaque discipline, en rapportant les charges prévisionnelles au nombre de journées prévues pour l'année à venir. Il s'agissait donc d'un paiement rétrospectif des coûts (Sandier, Paris, & Polton, 2004, p. 112). Le prix de journée était calculé, a priori, en fonction d'un prix de revient prévisionnel résultant de la division des dépenses prévisionnelles par le nombre de journée prévu (Mougeot, 1994, p. 70).

Ce mode de financement a été très critiqué puisqu'il pousse les hôpitaux à allonger les séjours et à multiplier les lits, maximiser le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour, et ne les incite pas à fermer les lits que le progrès des techniques médicales permet de libérer (Majnoni D'Intignano, 2001, p. 339). Il s'agit d'un financement a posteriori, imposant au payeur de subir les enjeux financiers liés à l'inflation des séjours, y compris des hospitalisations injustifiées pour des cas sociaux. Seule la dispersion des coûts est soutenue par l'hôpital.

A cause de ces inconvénients, cette formule de financement été abandonnée à peu près partout au milieu des années 1980. De nombreux pays

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

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

À partir de 1974, les hôpitaux algériens sont financés selon une nouvelle procédure, suite à l'institutionnalisation de la médecine gratuite, appelée " budget global ". Dès lors, le système de rémunération de prix de journée laisse place à la budgétisation. Cette procédure consiste à affecter à chaque secteur sanitaire un budget global forfaitaire devant couvrir l'intégralité de ses dépenses de fonctionnement. L'origine des ressources est constituée par la contribution du budget de l'Etat et la participation forfaitaire de la Sécurité Sociale. La part du budget de l'Etat est en nette régression : de 71 % en 1974 elle est descendue à 39 % en 1984. Celle de la Sécurité Sociale a évolué en sens inverse passant de 23 % en 1974 à 59 % en 1984. Cependant cette procédure si elle a permis le dégagement financier de l'Etat et l'inversion des proportions des deux sources de financement n'a pas empêché par ailleurs une croissance très vive des dépenses (Oufriha & Lamri, 1998, p. 1).

En effet, la mise en place du budget global a entraîné une détérioration du système financier et comptable, et une absence totale de contrôle des coûts (Ouchfoun & Hammouda, 1993, p. 9) dans la mesure où les crédits affectés à l'hôpital se font d'une manière aléatoire et forfaitaire ne tenant pas compte des problèmes de santé à résoudre mais juste de l'effectif budgétaire arrêté d'ailleurs de façon aussi administrative ; globalement la répartition des

crédits entre les hôpitaux est empirique et subjective n'utilisant aucun critère scientifique censé l'orienter.

2.2. Evolution du montant du forfait hospitalier

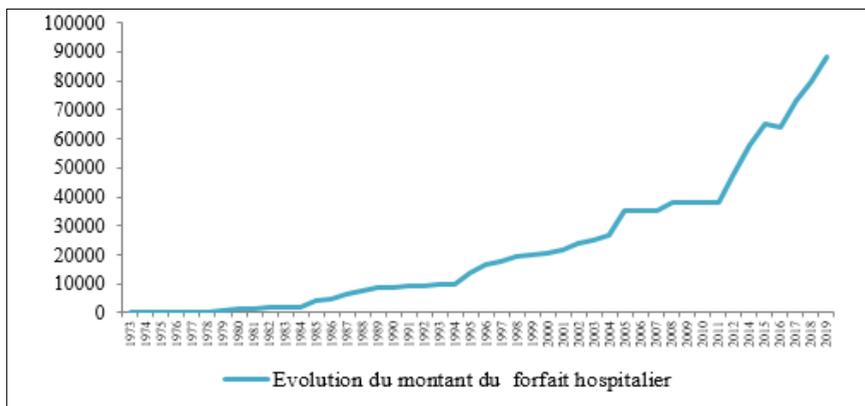
Depuis 1974 et en vertu de la loi sur la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est appelée à contribuer au financement du budget de fonctionnement des établissements de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de loi de finance. Ces dispositions budgétaires, appelées « forfait hôpitaux » sont une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droits (Kara Terki, 2010, p. 240).

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

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

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

Figure N°1. Évolution du montant du forfait hospitalier de 1973 à 2019 en millions de DA



Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

- (Conseil National Economique et Social, 2001, p. 75)
- (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, 2020)

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

Les modes de paiement qui ont été présentés jusqu'alors ne reposaient pas ou peu sur une observation fine de la nature de l'activité des établissements, en termes de type de patients et de traitements. Des travaux nord-américains, développés au cours des années 1970 par le professeur Robert Fetter, ont profondément bouleversé les méthodes de financement de l'hôpital (De Pourville, 2009, p. 272). Ces travaux ont donné naissance à un nouveau système de financement des hôpitaux, nommé « tarification à l'activité ».

La tarification à l'activité est un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée, celle-ci étant définie par des épisodes de soins (Or & Renaud, 2009, p. 3).

Plusieurs pays ont opté pour la tarification à l'activité, en commençant par les États-Unis où un système de financement des établissements de santé fondé sur l'activité fut mis en place en 1982 pour la prise en charge des patients de plus de 65 ans. Il s'agissait, dans le cadre du programme d'assurance publique Medicare, de maîtriser la croissance des dépenses hospitalières, qui avaient pratiquement doublé entre 1970 et 1982 (Bruant-Bisson, Castel, & Panel, 2012, p. 67).

Durant les années quatre-vingt-dix, plusieurs pays de l'Europe de l'Ouest ont intégré en partie ou en totalité la tarification à l'activité à leur système de financement (par exemple : Allemagne, Autriche, Belgique, Finlande, Irlande, Italie, Norvège, Portugal, Espagne, Suède), tout comme l'Australie d'ailleurs. Dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé publié en 2000, on soulève le fait que la tarification à l'activité peut contribuer à améliorer la performance des systèmes de santé parce que ce modèle prend en considération la nature ainsi que la lourdeur des cas traités. Plus récemment, la Grande-Bretagne et la France (2004) ont opté pour une réforme de leur système de santé, qui confère une large place à la tarification à l'activité (Bussières, Simoncelli, Bourdon, & Lachaîne, 2010, p. 237).

De façon générale, la tarification à l'activité a été introduite pour augmenter l'activité hospitalière tout en permettant un rehaussement suffisant des bases budgétaires indexées basé sur la hausse des activités. En théorie, la tarification à l'activité peut contribuer à favoriser une meilleure transparence et une plus grande équité du mécanisme de financement des établissements dans la mesure où une certaine activité est rémunérée de la même façon dans chaque établissement. Elle vise à encourager l'efficacité dans tous les établissements où le coût réel d'une activité donnée dépasse le tarif remboursé. Toutefois, la tarification à l'activité peut entraîner des conséquences non souhaitables, en incitant notamment les établissements à favoriser les activités rentables (c.-à-d. celles dont les coûts réels sont inférieurs aux tarifs) et à éliminer les activités qui ne le sont pas (Guerin & Husser, 2011, p. 13).

3. La contractualisation : un nouveau mode de financement des hôpitaux en Algérie

Dans ce qui suit nous ferons le point l'expérience algérienne de ces vingt dernières années en vue d'établir de nouvelles règles de financement des prestations de soins par la sécurité sociale. Mais avant d'exposer cette expérience, il nous semble nécessaire d'expliquer en quoi consiste ce nouveau mode de financement des hôpitaux.

3.1. Qu'est ce que la contractualisation

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

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

En pratique, la contractualisation vise à consacrer une plus grande transparence entre les prestataires de soins et les bailleurs de fonds. Pour être admis à l'hôpital, le citoyen doit présenter sa carte de sécurité sociale s'il est affilié à une caisse de sécurité sociale (pour les travailleurs, c'est la CNAS, pour les activités libérales, c'est la CASNOS). Les personnes démunies devront présenter une carte délivrée par les directions de la solidarité nationale de la wilaya et les nantis seront invités à payer la facture d'hospitalisation à leur sortie de l'hôpital directement à la caisse de l'hôpital (Khiati, 2004, p. 2).

La conséquence la plus tangible de ce nouveau mode de gestion va être l'évaluation financière des activités hospitalières. Celle-ci constitue à elle seule une véritable révolution dans le mode de gestion de nos hôpitaux. Elle permettra dans l'avenir une meilleure identification des besoins de santé, laquelle est capitale pour déterminer l'offre de soins et donc orienter les investissements.

3.2. Les différentes formes de contractualisation

L'OMS distingue trois formes de contractualisation (OMS, 2005, p. 3) :

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

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

- Les relations contractuelles basées sur une coopération correspondent à des accords établis à long terme, suivant une démarche participative qui implique les membres d'organisations indépendantes et met en commun leurs ressources.

L'Algérie a opté pour l'achat de services comme choix d'application de la contractualisation, c'est-à-dire la contractualisation en Algérie s'est limité à une seule forme, à savoir «une contractualisation de nature financière entre les établissements publics de santé qui dispensent des soins et les organismes de sécurité sociale en charge de l'assurance-maladie pour financer les prestations servies aux assurés sociaux et à leurs ayants droit. Il s'agit d'un type de conventionnement liant les établissements publics de santé aux organismes de sécurité sociale. Les hôpitaux publics facturent aux organismes de sécurité sociale et au ministère de la Solidarité les prestations servies aux assurés sociaux et à leurs ayants droit pour le premier, et aux personnes démunies pour le second.

3.3. Les étapes et mesures pratiques de mise en œuvre de la contractualisation

La démarche de contractualisation avait commencé en 1992, obtempérant aux directives de la Banque Mondiale diligenté conjointement

par le Ministère de la Santé et celui des Affaires Sociales, ayant pour objectif de revoir la contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé suite aux nombreux litiges causés par l'institutionnalisation de la gratuité des soins, qui ne qui ne s'est accompagné d'aucun lien avec le volume réel des activités et les prestations offertes (Foudi, 2019, p. 95).

Pour mettre en place ce processus, la loi des finances de 1993 a introduit le principe de la contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins, en remplacement du « forfait-hôpitaux » en vigueur depuis 1973. Il s'agissait effectivement d'une révision d'une partie du financement du système de santé, à savoir l'achat des services de soins par les organismes de sécurité sociale (Chougrani & Kaddar, 2010, p. 183).

Conséquemment, plusieurs essais d'application de la contractualisation des services de soins ont été entrepris à titre expérimentale dans nombreux établissements. Ces essais ont été également accompagnés par des mises à jour réglementaires pour donner plus de crédibilité à l'opération. En septembre 1997, le gouvernement a réactivé le dossier «contractualisation» en promulguant une nouvelle instruction interministérielle. Cette instruction ministérielle initie l'introduction d'un nouveau système de gestion dans certains établissements publics, à savoir, les CHU d'Alger et de Tizi-Ouzou, les EHS (Centre de cancérologie Pierre et Marie Curie, Hadi Flici-EI-Kettar et Ait-Idir), et le secteur sanitaire de Médéa (Chougrani, S, 1998, p. 143). L'objectif était d'évaluer l'ampleur des activités et des coûts hospitaliers. Les principaux résultats conclus portaient sur le rôle vital des « bureaux d'entrée» qui constituent le seuil d'admission à l'hôpital et le fondement de la contractualisation.

En janvier 2001, un décret exécutif précisant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux a été promulgué. Ce décret définit les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux (décret exécutif n° 01-12- du 21 janvier 2001).

Le 16 mars 2002 témoigne l'inauguration d'un groupe interministériel, chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en application de la

contractualisation des rapports entre les établissements sanitaires publics, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya. Ce groupe interministériel (ministère de la Santé, Population et Réforme hospitalière, celui du Travail et de la Sécurité sociale et celui de l'Emploi et de la Solidarité nationale) avait le choix entre deux modes de paiement : le coût moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement et par groupe de spécialités homogènes et le forfait par pathologie. L'approche retenue a été d'adopter dans l'immédiat le coût moyen de la journée d'hospitalisation et de passer au deuxième mode de paiement à partir du premier trimestre 2003.

En 2003, en application de l'instruction interministérielle du 14 janvier 2003, une première phase de mise en œuvre de la contractualisation a été engagée par une simulation de la facturation basée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (médicales, Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités coûteuses et Maternité), dans dix (10) établissements publics de santé ainsi répartis (Ould Kada, 2010, p. 375) :

- Centres Hospitalo-universitaires (CHU) : CONSTANTINE MUSTAPHA - BLIDA
- Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) ; EL BOUNI (Annaba) El RÎADH (Constantine)
- Secteurs Sanitaires : MEDEA - OUARGLA – ARZEW- AIN-TURK.

A la fin de l'année 2004, le ministère de la santé a considéré que l'étape expérimentale a été achevée et qu'il était possible d'entamer la généralisation de la relation contractuelle dès le début de 2005. Pour y parvenir, deux commissions centrales ont été installées. L'une chargée de la nomenclature des actes et l'autre de la tarification. La première, placée sous l'autorité du ministre chargé de la santé, a pour mission l'élaboration et la révision de la nomenclature. La seconde, sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale, a pour mission de proposer les tarifs de responsabilité des actes professionnels. Cette démarche de généralisation portera sur l'organisation et le fonctionnement des bureaux des entrées, le recueil des informations indispensables pour l'évaluation des activités hospitalières et

l'identification du statut social des patients admis dans les établissements sanitaires.

Dès la fin 2007, la commission d'experts chargée d'élaborer la nomenclature des actes a achevé ses travaux et rendu ses conclusions. Cette commission avait signalé près de 8 000 actes, contre 1800 seulement en 1985 soit plus de 400 % d'augmentation du nombre d'actes médicaux, chirurgicaux et d'imagerie. La situation relevée menace l'équilibre financier de la CNAS et conduit au blocage des négociations au niveau de la commission de la tarification à ce jour, alors qu'elles devaient être achevées en 2008.

En 2014, un autre décret exécutif a été promulgué (décret exécutif n°14-106 du 12/03/2014). Celui-ci prévoit la dotation des établissements publics de santé d'un système comprenant une comptabilité générale qui retrace les opérations relatives à la situation financière, patrimoniale et à la trésorerie, une comptabilité budgétaire retraçant les opérations budgétaires et une comptabilité analytique devant permettre le calcul des différents coûts des prestations fournies (Cour des comptes, 2018, p. 174).

4. Les difficultés de la mise en place de la contractualisation en Algérie

Plus d'une décennie après l'adoption des textes visant à mettre en place la contractualisation et malgré l'implication de deux acteurs seulement dans cette relation, le mécanisme de la contractualisation est encore inopérant. Ceci s'explique essentiellement par :

4.1. Les difficultés liées au système de calcul des coûts

Le projet de réforme du mode de financement des hôpitaux, à base de la contractualisation des relations entre ces derniers et leurs bailleurs de fonds, place la connaissance et la maîtrise des coûts hospitaliers comme une nécessité. Cette prise de conscience de la nécessité de renforcer l'analyse des coûts s'est matérialisée par la mise en place, à partir de janvier 2002, d'un contrôle de gestion hospitalier centré sur les techniques de la comptabilité analytique hospitalière (Amalou, 2009, p. 50).

En effet, le ministère de la santé a mis en place en 2002 un système de calcul des coûts fondé sur la méthode dite des "sections homogènes" dans certaines catégories d'établissement hospitaliers. Cette dernière propose un nouveau découpage des structures hospitalières en plusieurs catégories ayant

des activités proches. Ici, l'homogénéité fait référence à l'activité générale de l'entité plutôt qu'à la nature médicale de l'acte de soin. Les sections homogènes sont ensuite à leur tour divisées en sections principales et sections auxiliaires. Les premières sont en lien direct avec le service qui constitue l'essentiel de l'activité de l'établissement. Les secondes concernent toutes les activités annexes et à caractère général.

La mise en place d'un système de calcul des coûts s'est traduite par la dotation de tous les hôpitaux publics algériens, d'un logiciel spécifique permettant précisément de calculer ces coûts par la méthode choisie qui semble combiner la ventilation en sections homogènes mais base ses efforts sur les activités (Oufriha, F Z, 2009, p. 71).

Un des avantages de cette méthode est qu'elle permet une évaluation de l'évolution des coûts de la structure hospitalière dans le temps, ainsi qu'une comparaison avec les coûts des prestations hospitalières semblables. Néanmoins, cette méthode n'est pas sans inconvénients car elle comporte des limites susceptibles de biaiser les résultats obtenus. Les principales limites de cette méthode sont : (Cheriet, 2009, p. 134) :

-Le choix des clés de répartition, critère de base de l'imputation des charges, se fait plus ou moins arbitrairement or cette méthode de répartition suppose implicitement l'existence de critères pertinents de répartition des coûts directs et indirects.

- Le choix des centres d'analyse sur la base du centre responsabilité, entraîne régulièrement le regroupement de plusieurs activités non homogènes.

- Les charges sont centralisées et il n'existe aucune information fiable émanant des différents niveaux d'activités. Il est donc extrêmement difficile de répartir les coûts fixes et variables.

Enfin, la méthode des sections homogènes permet de déterminer les coûts par section ou par fonction. Le coût réel d'une pathologie n'est donc pas renseigné. En conséquence, sa finalité semble purement « administrative ».

A coté de la méthode des sections homogènes, une autre méthode a été proposée pour calculer les coûts des soins hospitaliers, il s'agit de la méthode des groupes homogènes de maladies (GHM). Cette méthode a commencé à s'appliquer aux Etats-Unis au cours des années 1980 à la suite des travaux du professeur R. Fetter (1980) qui a proposé une classification de l'ensemble

des patients dans des groupes homogènes (Diagnostic Related Group ou DRG) (Mougeot, 1994, p. 124).

En Algérie, l'application de la méthode des GHM a fait l'objet d'une étude réalisée par une étudiante de l'école supérieure de commerce (Dahak, 1998). L'objectif de cette étude était de tenter d'évaluer les coûts d'hospitalisation et de prise en charge des maladies selon une classification des pathologies infectieuses. Toutefois, cet essai a dû être avorté dans la mesure où ce dernier s'est heurté à la carence et à l'absence de fiabilité des données. On notera par ailleurs les travaux menés au service de pédiatrie du CHU d'Oran.

Toujours dans l'objectif de permettre une meilleure maîtrise des masses budgétaires allouées aux établissements de santé et des coûts des actes produits par ces derniers, un projet de mise en place d'un système de comptabilité de gestion au sein de ces établissements a été adopté, à partir de 2010, par les pouvoirs publics; en préparation de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé publique et les organismes de la sécurité sociale (Cour des comptes, 2018, p. 171).

Ce projet a été confié au ministère des finances (MF) en relation directe avec le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH). La convention cadre conclue entre les deux ministères le 23 mai 2009, et relative à la mise en œuvre du système, vise à doter les établissements hospitaliers d'un système homogène et intégré de comptabilité, intégrant une triple comptabilité: patrimoniale, budgétaire et analytique.

Les modalités d'application du système informatisé de comptabilité de gestion et les établissements concernés par la mise en place de ce système ont été fixées par arrêté interministériel du 30 octobre 2014. Ce système est basé sur l'utilisation du logiciel de triple comptabilité hospitalière « 3COH » (comptabilité budgétaire, générale et analytique des hôpitaux) lequel, outre la gestion purement comptable, assure la prise en charge de tous les aspects de gestion de l'établissement, à savoir : gestion des achats, des stocks, des immobilisations, des consommations, suivi budgétaire, gestion de la trésorerie, comptabilité générale, analytique et tableau de bord.

Néanmoins, d'après le rapport annuel de l'année 2018 de la Cour des comptes, la mise en œuvre du système «3COH» a été confronté à certaines contraintes, notamment l'inadaptation du logiciel à certaines exigences de la gestion hospitalière et les difficultés liées à la valorisation des immobilisations. Par ailleurs, concernant le pilotage du projet, il a été relevé une gestion peu maîtrisée de la part de la tutelle, et des retards considérables dans la mise en exploitation du projet. Enfin, il convient également de signaler l'absence d'une interface entre le logiciel 3COH et le système de calcul des coûts en place dans les établissements de santé.

4.2. Absence de consensus sur la méthode de calcul des coûts des activités de soins hospitaliers

En se référant aux études menées dans ce domaine et à des expériences étrangères, le groupe interministériel, installé le 16 Mars 2002, a tenté de proposer les modalités de relations contractuelles entre les structures publiques de soins et les bailleurs de fonds les plus appropriées au contexte algérien. Le groupe s'est fixé comme objectif de choisir le mode de financement et de paiement qui ne risque pas de déstabiliser les équilibres financiers de sécurité sociale et le fonctionnement des structures publiques de santé

Le groupe interministériel a adopté comme préalable deux modes de paiement : le prix moyen de la journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie. « La facturation selon ce premier mode de paiement sera opérée sur la base d'un coût moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (Médicales ; Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités coûteuses et Maternité). Le deuxième mode de paiement, quant à lui, a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtées par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

En raison de l'insuffisance des données relatives à la connaissance des activités et des coûts par pathologie, le groupe interministériel estime que les deux (02) modes de financement et de paiement ne s'excluent pas. Ainsi, dans l'immédiat, pourrait être mis en œuvre « le prix moyen de la journée

d'hospitalisation « tout en préparant les éléments nécessaires pour la recherche du « forfait par pathologie » puisque d'après le groupe interministériel, la mise en place du mode de paiement exigera plus de temps. Elle nécessite en effet le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie (Ould Kada, M, 2016, p. 68).

Le choix d'une méthode d'estimation des coûts des activités de soins hospitaliers a provoqué un conflit entre le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière et le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTEESC). Le premier (MSPRH) recommande une méthode axée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation, alors que le deuxième (MTEESC) propose une méthode basée sur la détermination d'une tarification forfaitaire par pathologie.

4.3. Un retard dans la mise en place de la démarche contractuelle

En Algérie, le projet de contractualisation entre les établissements de soins et les Caisses de la sécurité sociale censé modifier le mode de financement prévalent connaît des lenteurs dans sa mise en œuvre et pourtant il était sur l'agenda du gouvernement algérien depuis la loi de finances de 1993. En effet, l'expérimentation de cette méthode n'est entamée que 4 ans après l'identification de certains établissements publics de santé (CHU, EHS et SS) comme établissements-pilotes suivant les directives de la loi de finances de 1993. En 2004, soit 11 ans plus tard, le gouvernement opte pour la généralisation de la contractualisation. Au final, il a fallu attendre presque 14 ans (en 2007) pour l'achèvement des travaux de la commission d'experts chargée de l'élaboration de la nomenclature des actes.

4.4. Autres contraintes

A ces contraintes citées ci-dessus vient s'ajouter d'autres parmi lesquelles on peut citer :

- L'absence d'une volonté politique suffisante pour l'achèvement rapide de cette réforme, et ce afin de passer à l'étape d'évaluation post réforme ; (Guettaf & Foudi, 2011, p. 43).
- Le retard marqué dans l'identification des patients démunis : bien que les modalités d'accès aux soins de santé soient clairement définies par

le décret n°01-12 du 21 janvier 2001. Cette opération reste toujours en cours.

- Un personnel médical et paramédical non formé et peu motivé : Cette non-implication est surtout visible à travers le taux faible de remplissage de la fiche navette qui varie d'un service à l'autre et d'un hôpital à l'autre.

5. Conclusion :

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

En effet, à ce jour, les hôpitaux continuent à recevoir des budgets forfaitaires. Le financement n'obéit pas à l'activité mais à une répartition aléatoire des moyens, ce qui a pour conséquence d'inciter à la sous production d'actes et ne semble pas récompenser les hôpitaux les plus performants dans leur gestion. Le manque d'une véritable volonté politique, les difficultés liées au système de calcul des coûts des activités de soins hospitaliers, l'absence de coordination entre les différents acteurs et intervenants en matière de santé publique, et l'absence de consensus sur la méthode de calcul des coûts constituent les principaux facteurs entravant et retardant la mise en œuvre des rapports entre les prestataires de santé et la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNAS).

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

6. Liste Bibliographie

- Amalou, M. (2009). Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un

hôpital : cas du CHU de Sétif. Mémoire de magistère en Sciences Economiques, Université de Bejaia.

- Bruant-Bisson, A., Castel, P., & Panel, M. P. (2012). *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*. Inspection générale des affaires sociales Française.
- Bussièrès, J. F., Simoncelli, M., Bourdon, O., & Lachaîne, J. (2010). Doit-on s'inspirer de la tarification à l'activité pour le financement des médicaments onéreux en établissements de santé ? *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy (CJHP)*, 63 (3), pp. 236- 243.
- Cheriet, F. (2009). Essai de détermination des coûts en milieu hospitalier : cas de l'hospitalisation pour accouchement simple dans les maternités de Targa Ouzemmour et d'Aokas dans la wilaya de Bejaia. Dans F. Oufriha, *Transition et système de santé en Algérie* (pp. 131-153). CREAD.
- Chougrani, S. (1998). La contractualisation et l'information : défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie. *Revue Insaniyat*, pp. 143-161.
- Chougrani, S., & Kaddar, M. (2010). Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie 179-193. *Journal d'Économie Médicale*, 28 (5), pp. 179-193.
- Conseil National Economique et Social. (2001). *L'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier*. 18ème session plénière.
- Cour des comptes. (2018). *Rapport annuel de la République Algérienne Démocratique et Populaire de l'année*. https://www.ccomptes.dz/wpcontent/uploads/2019/12/rapport_annuel2018.pdf.
- De Pourville, G. (2009). Le financement des hôpitaux . Dans P. L. Bras, G. De Pourville, & D. Tabuteau, *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris: Editions de santé.
- *Données du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale* (2020)

- Foudi, B. (2019). Le partenariat public-privé dans le système de santé algérien : Défis et enjeux de la coordination des acteurs, analyse à travers la délégation du service de dialyse aux cliniques privées dans la wilaya de Béjaïa. Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Bejaia.
- Guerin, O., & Husser, J. (2011). Les effets incitatifs de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ? *Vie & sciences de l'entreprise* , 3 (3), pp. 12-22.
- Guettaf, L., & Foudi, B. (2011). La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain . *Revue des Sciences Humaines* , 11 (2), pp. 31-46.
- Kara Terki, A. (2010). La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public. Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Tlemcen.
- Khiati, M. (2004). L'hôpital face à la contractualisation. *El Watan* , <https://www.djazairress.com/fr/elwatan/5352>.
- Lamri, L. (2015). 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 Zéralda.
- Majnoni D'Intignano, B. (2001). *Economie de la santé*. Paris: PUF.
- Mougeot, M. (1994). *Système de santé et concurrence* . Paris: Economica.
- OMS. (2005). *Le recours à la contractualisation dans les systèmes de santé : Principaux messages*. Résumés techniques pour décideurs , Genève.
- Or, Z., & Renaud, T. (2009). *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) : Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères* . Document de travail n° 23, Irdes.
- Ouchfoun, A., & Hammouda, D. (1993). Bilan de vingt huit années de politique sanitaire en Algérie. *Cahiers du CREAD* (35-36), pp. 59-96.
- Oufriha, F Z. (2009). La réforme hospitalière en Algérie : un difficile accouchement. Dans F. Z. Oufriha, & E. CREAD (Éd.), *Transition et système de santé en Algérie* (pp. 59-73).

- Oufriha, F. Z. (1992). *Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie* . Alger: OPU.
- Oufriha, F., & Lamri, L. (1998). Analyse de l'évolution des statuts et de la structure des dépenses de personnel selon la catégorie dans les secteurs sanitaires. *Les Cahiers du CREAD* (13), pp. 9-40.
- Ould Kada, M. (2016). *Bureau des Entrées au niveau des Etablissements Publics de Santé Fascicule N° 14.*, Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie: Hôpital .
- Ould Kada, M. (2010). *Recueil de textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de Santé* .
http://www.santemaghreb.com/algerie/recueil_txt_regl.pdf.
- Panel, P. (2007). L'hôpital public : ses contradictions, ses mutations . *Revue Études* , pp. 319-330.
- Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). *Systèmes de santé en transition Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé*. France.