

## ***La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain***

***Guettaf Lila***  
*Université de Sétif*

***Foudi Brahim***  
*Université de Béjaïa*

### **Résumé :**

La contractualisation appliquée dans les systèmes de santé est une technique récente mais qui devient de plus en plus fréquente dans les pays en développement, notamment dans les pays du Maghreb à savoir l'Algérie et le Maroc.

La contractualisation vient pour donner une nouvelle organisation des systèmes de santé. L'Algérie et le Maroc, comme tous les pays en développement, ont mis la contractualisation au centre des réformes de leurs systèmes de santé. Mais de quelle manière ? Ce travail tente d'analyser la conception de la contractualisation élaborée par l'OMS d'une part, et d'évaluer son application dans ces deux pays en les comparant d'une autre part. Pour en suggérer à la fin quelques recommandations.

**Mots clés :** contractualisation, systèmes de santé, Algérie, Maroc.

### **المخلص:**

يعتبر النظام التعاقدى المطبق في الأنظمة الصحية حديث العهد لكن سرعان ما عرف انتشارا غير مسبوق في الدول السائرة في طريق النمو مثل الجزائر و المغرب هذا النظام التعاقدى جاء ليعطي نظرة أخرى للأنظمة الصحية الحالية فالمنظمة العالمية للصحة و لكي تساعد على التطبيق الصحيح لهذا الأخير قامت بإعداد نموذج مثالي لكيفية تطبيقه و ذلك بإصدار بيانات و دلائل من جهة و من جهة أخرى تقوم بعقد اجتماعات و تنظيم ندوات لتثريح و تفسير المفهوم الصحيح للتعاقد داعية كافة الدول إلى تطبيق هذا النظام لما له من فوائد على تحسين نتائج الأنظمة الصحية الجزائر و المغرب كغيرها من الدول السائرة في طريق النمو تبنت مؤخرا نظام التعاقد في أنظمتها الصحية, لكن بأي طريقة ؟ هذا العمل يسعى ادن إلى تفسير مفهوم المنظمة العالمية للتعاقد في بادئ الأمر ثم إلى إعطاء نظرة عامة على تطبيق النظام التعاقدى في هذه البلدان, لكي يخلص في الأخير إلى إعطاء بعض أوجه المقارنة بين مفهوم المنظمة العالمية للصحة و واقع تطبيقها في هذه الدول.

**الكلمات المفتاحية** التعاقد , الأنظمة الصحية , الجزائر , المغرب

## Introduction

La coordination des acteurs ayant des objectifs différents est une nécessité. Le moyen pour cela demeure « la contractualisation ». Le recours à cette technique dans les systèmes de santé des pays en voie de développement est relativement récent, mais elle devient progressivement, ces dernières années, une technique de plus en plus fréquente. Elle est aujourd'hui l'outil privilégié pour la mise en place des réformes de santé dans plusieurs pays, notamment en Algérie et au Maroc.

Dans la majorité de ces pays, les systèmes de santé étaient caractérisés, jusqu'à la fin des années soixante-dix, par la coexistence de deux principaux acteurs. D'un côté, un secteur public dominant, sous tutelle de l'Etat, qui assure toutes les fonctions du système de santé (financement, prestation, régulation, etc.). D'un autre côté, un secteur privé à but lucratif, peu développé, caractérisé par son fonctionnement indépendant et autarcique.

La multiplicité des acteurs, la séparation des fonctions de financement et de prestation (spécialisation) et l'échec de l'Etat à gérer efficacement le secteur public de soins, sont autant de facteurs qui ont poussé ces pays à revoir l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes de santé. Ils ont ainsi engagé de multiples réformes qui ont provoqué de profondes mutations au niveau de la structure et du fonctionnement des systèmes de santé. Ces réformes suivent généralement deux principales logiques :

La première logique repose essentiellement sur le **principe de la recomposition institutionnelle**. Ce dernier englobe un certain nombre de démarches telles que : *La décentralisation, l'autonomie, la spécialisation, l'élargissement des options de financement de la santé, la privatisation,...*

Cependant, toutes ces tentatives n'ont pas atteint les objectifs souhaités. En effet, quelques réformes sont restées des discours théoriques, sans concrétisation tangible sur le terrain. Ainsi, les systèmes de santé des pays du Maghreb, notamment celui de l'Algérie et du Maroc, restent encore insuffisamment performants. Ils souffrent, en effet, de multiples problèmes.

La situation s'est complexifiée davantage avec l'apparition de nouveaux acteurs décentralisés et la montée en puissance des acteurs privés. Ce nouveau contexte a obligé les décideurs à passer à la deuxième logique de réformes : la « **contractualisation** ». Cette

dernière s'intéresse à la genèse des relations professionnelles induites par l'émergence de ces nouveaux acteurs.

La contractualisation se base sur les **interrelations entre les différents acteurs**. Il s'agit de revoir la nature des relations qui existent entre les différents intervenants dans le champ de la santé : d'un côté, l'*Etat* (représenté par le ministère de la santé, ses administrations déconcentrées, ses organismes autonomes, les collectivités locales, ...) ; d'un autre côté, les *prestataires privés et les organisations non gouvernementales (ONG)*, qui sont en pleine extension.

Auparavant, tous ces acteurs (publics ou privés) agissent en cloisonnement. Les synergies sont rarement exploitées ; c'est beaucoup plus un secteur privé qui se substitue au public (la complémentarité entre les deux secteurs est insuffisante). La contractualisation vient alors corriger ce dysfonctionnement et inciter ces acteurs à rompre avec leur isolement en mettant en place de nouvelles relations, basées sur des **arrangements contractuels**. Ces derniers font appel à des actions de concertation et de coopération, débouchant sur **des contrats** soigneusement négociés.

Dans le but d'aider ces pays à maîtriser l'outil de « contractualisation », l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a conçu un cadre normatif par l'élaboration de plusieurs documents de base, qui expliquent comment mener correctement à terme des relations contractuelles.

L'Algérie et le Maroc, comme tous les pays en développement qui cherchent une solution pour améliorer la performance de leur système de santé, ont annoncé le recours à la contractualisation par des lois. Par la suite, plusieurs expériences sont engagées. Mais l'application et le déroulement de ces expériences varient d'un pays à un autre.

Le propos du présent travail est d'analyser la logique d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme de contractualisation en Algérie et au Maroc. Autrement dit : **La contractualisation, telle qu'elle est appliquée en Algérie et au Maroc, est-elle adaptée et à la mesure des objectifs poursuivis ?**

## **1. FONDEMENTS THEORIQUES ET CONCEPTUELS DE LA CONTRACTUALISATION**

Entre l'étatisation complète et la libéralisation intégrale, une troisième logique se propose de concilier entre ces modalités extrêmes d'organisation des systèmes de santé.

La contractualisation s'est imposée comme la solution la plus appropriée pour résoudre les problèmes induits par la conjoncture socioéconomique des années 80 (problèmes de qualité des services publics de santé, émergence de nouveaux acteurs privés, ...)

Pour comprendre la logique de la contractualisation, il est nécessaire de revenir sur ses fondements théoriques.

### **1.1. La théorie de l'agence**

La théorie de l'agence offre un éclairage sur la logique de la contractualisation dans une optique de coordination interindividuelle et pour des activités bien spécifiques dans les systèmes de santé. Elle préconise l'intérêt personnel de chaque partie de la relation et évoque les problèmes qui émergent suite aux comportements opportunistes des contractants, et ce tout en mettant en marge l'intérêt général. Pour atténuer les comportements opportunistes, la théorie de l'agence permet de mettre en place des contrats comportant des incitations adéquates.

### **1.2. La théorie des coûts de transaction**

Pour une approche systémique et une stratégie sectorielle et globale des relations contractuelles, la théorie des coûts de transactions semble plus appropriée pour opérationnaliser et concrétiser l'objectif d'amélioration de la performance des systèmes de santé. Elle se base sur des hypothèses d'ordre comportementales, et met l'accent sur les coûts engendrés par les transactions en amont et en aval. En essayant de les réduire au maximum possible.

Cette complexité des approches contractuelles oblige les différents acteurs à une maîtrise parfaite du cadre opérationnel de la contractualisation.

## **LA CONTRACTUALISATION : définition et typologie**

### **Définition d'un arrangement contractuel**

*« 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 »<sup>1</sup>*

## **II. LA CONTRACTUALISATION EN ALGERIE ET AU MAROC**

Pour aider les pays intéressés par cette démarche, l'OMS a élaboré plusieurs rapports et documents. Elle a organisé des réunions, des journées d'étude et d'explication visant une meilleure maîtrise du processus de mise en œuvre de la contractualisation. Autrement dit, l'OMS a essayé d'élaborer un cadre normatif pour la

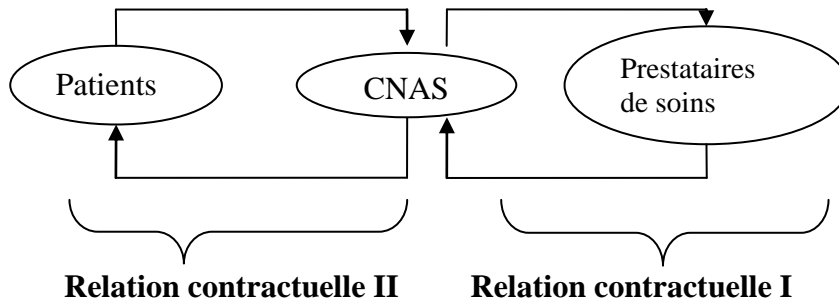
contractualisation, et ce en répondant à la question suivante : comment la contractualisation doit être conçue et appliquée?

Le secteur de la santé en Algérie, comme au Maroc, commence à s'ouvrir sur les relations contractuelles. Bien que depuis long temps ce dispositif ait été envisagé dans les deux pays, son application est encore dans son état primitif.

## 1. LA CONTRACTUALISATION EN ALGERIE

La contractualisation en Algérie n'est pas encore généralisée, elle est appliquée uniquement entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins publics. Elle est axée exclusivement sur le financement ; plus concrètement, on envisage de passer du forfait hospitalier au paiement au prix moyen de la journée d'hospitalisation. Puis, enfin, le paiement à l'acte, comme ultime étape.

### Schéma : La logique de la contractualisation en Algérie



*Source : figure réalisée par nos soins*

## 3. Concrétisation de l'idée de la contractualisation en Algérie

### 3.1. Les étapes de la mise en œuvre

4.1.1. L'étape de simulation

4.1.2. Implication du niveau inférieur dans la contractualisation

4.1.3. Etape de la démarche globale

4.1.4. L'évaluation

L'évaluation constitue une étape très cruciale dans le processus de la contractualisation. Pour évaluer l'état d'avancement des travaux d'une manière précise et périodique, une organisation administrative et technique spécifique doit être mise en place.

Pour concrétiser cette idée, il est créé :

- ✓ Un comité interministériel de suivi et d'évaluation au niveau national ;
- ✓ Un comité intersectoriel de wilaya au niveau local.

Pour récapituler, principalement le progrès réalisé suit à la décision interministérielle du 14 janvier 2003 c'est la diffusion et le lancement

d'une opération de simulation à titre expérimentale de la contractualisation dans dix établissements de santé et l'implication des représentants des intervenants au niveau des wilayas. Le deuxième exploite et la création des comités de suivi et d'évaluation au niveau national et local.

## **2. LA CONTRACTUALISATION AU MAROC**

### **1. Les relations contractuelles basées sur un acte d'achat**

Dans ce type de relation, le Maroc a développé un ensemble de relation.

#### **1.1. Relation contractuelle dans le cadre des marchés publics**

Se sont généralement des relations qui se développent en marge du secteur de la santé.

#### **1.2. Relations contractuelles basées sur l'externalisation**

Le recours à la sous-traitance et l'externalisation de quelques services était motivé par un ensemble de facteurs qui constituent des établissements publics de santé.

La première expérience de sous-traitance au Maroc date de 1993. Elle a été mise en place à l'Hôpital de TANGER ou on a externalisé le service de nettoyage. Après les satisfaisants résultats de cette expérience, elle a été généralisée sur tous les Hôpitaux et elle a touché de plus en plus d'autres services comme la restauration, le jardinage, le gardiennage...etc.

##### **1.2.1. Externalisation de la gestion des déchets hospitaliers**

Avant 2004, les hôpitaux publics géraient leurs déchets Hospitaliers dans les mêmes conditions que la gestion des déchets ménagers. Or, désormais, avec la promulgation de la loi sur l'environnement<sup>2</sup>, les déchets à risque notamment, les déchets hospitaliers doivent être traités dans des normes spécifiques. Pour faire face à ces exigences, quelques établissements ont fait recours à l'externalisation. A titre d'exemple, on peut citer l'expérience des CHU de Fès, Casablanca, le centre hospitalier de Kenitra et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).

##### **1.2.2. Externalisation de la paie des personnels**

Cet arrangement contractuel met en relation deux acteurs publics, à savoir les CHU d'un côté et la paierie principale des rémunérations (PPR) relevant de la trésorerie principale de royaume d'un autre côté. Sous contrainte de l'insuffisance des moyens humains et technique les CHU ont choisi l'externalisation pour déléguer cette tâche pour un opérateur spécialisé (PPR). Par cet effet, les CHU concentrent

désormais leurs efforts sur les activités médicales, la recherche et la formation.

### **1.3. Les ressources humaines**

Pour combler les défaillances en ressources humaines, le ministère de la santé peut faire recours à la contractualisation pour l'achat de la prestation médicale ou l'assistance technique.

#### **1.3.1. L'achat de la prestation médicale**

Pour combler le manque en personnels médical soignant notamment dans les régions isolées, ou le besoin se fait sentir, le Ministère de la santé au Maroc a fait recours aux conventions avec les prestataires du secteur privé.

Ces conventions seront signées par les délégués du Ministère de la Santé, elles ne seront mises en application qu'après l'accord du président du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Cette technique devient de plus en plus rare grâce à l'amélioration progressive de la couverture médicale au Maroc.

#### **1.3.2. Achat de l'assistance technique**

Dans le cadre du Projet de Financement et de Gestion des Services de Santé (PFGSS)<sup>3</sup>, le Ministère de la Santé a fait recours aux relations contractuelles pour l'acquisition des compétences notamment dans le domaine de l'assistance technique par voix d'appel d'offre international. Ce dernier a abouti à la conclusion d'un contrat entre le ministère de la santé et un bureau d'étude canadien.

### **1.4. Relation contractuelle dans le cadre de la location**

Dans le domaine de la location au Maroc deux domaines ont été ouverts aux relations contractuelles à savoir la location de bâtiments et des équipements médico-technique.

#### **1.4.1. Location de bâtiments**

Au lieu de construire des infrastructures sanitaires de base, le Ministère de la santé au Maroc préfère louer des bâtiments pour abriter les activités de soins. Cette relation sera concrétisée par un contrat de bail, on peut citer pour ce cas, l'exemple de siège de la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires et du centre de santé urbain de Youssoufia à la province de Safi.

#### **1.4.2. Location des équipements médico-technique d'hémodialyse**

L'insuffisance des centres d'hémodialyse qui relèvent du secteur public (28 centre uniquement) et le nombre de cas croissant des malades d'insuffisance rénale sont deux principaux facteurs qui ont poussé le Ministère de la Santé à améliorer la qualité de la prise en

charge de cette maladie. Pour cela, le recours aux conventions avec les associations à but non lucratif était principalement la seule solution. Cependant, en 2004, et dans le cadre d'une stratégie globale, une grande opération de construction, d'aménagement et d'équipement d'un nombre important de centre d'hémodialyse a été lancée à travers tout le royaume. Pour équiper ces centres avec les équipements médico-techniques nécessaires, le ministère de la santé a fait recours aux relations contractuelles fondées sur la location des équipements.

### **1.5. Les RC entre CNTS et les centres relevant du secteur public**

Le centre national de transfusion sanguine développe des relations contractuelles avec les centres SEGMA et les CHU.

#### **1.5.1. Convention avec les centres hospitaliers SEGMA**

Ce type de relation a été développé entre le CNTS en tant que prestataires de service (fournisseur de sang) et les centres hospitalier SGMA en tant qu'acheteur de prestation. Les contrats sont passés de gré à gré en respectant les engagements réciproques.

Le CNTS a comme mission l'approvisionnement de ces centres en réactifs et produits chimiques et biologique en rapport avec la mission de transfusion sanguine.

#### **1.5.2. Les contrats conclus avec les CHU**

Ce genre de contrat déferent des précédentes ils sont conclus conformément au décret N° 2.98.482 relatifs aux marchés publics. Or, les engagements des contractants restent les mêmes. Cette relation a été concrétisée avec le CHU de Casablanca.

### **1.6. Les RC avec les établissements privés de formation aux carrières de santé**

Le marché de l'emploi marocain souffre d'un manque en matière de personnel paramédical<sup>3</sup>, ceci a permis aux acteurs privés de créer des établissements de formation privés<sup>4</sup>.

Pour effectuer les stages pratiques, il a été décidé de recourir aux relations contractuelles avec le ministère de la santé pour la prise en charge de ces élèves.

## **2. Les relations contractuelles basées sur la délégation de responsabilité**

Pour améliorer la gestion publique du secteur public de santé, les décideurs ont opté pour la gestion fondée sur les résultats. La circulaire N° 12/2001 du 28 décembre 2001 traduit cette volonté de changement avec le lancement de trois expériences qui se basent sur la délégation de responsabilité :



- ✓ Les contrats plans 2003/2004 avec le CHU « IBN ROCHD » et « IBN SINA » de RABAT.
- ✓ La contractualisation interne avec les régions sanitaires basée sur les « Budget programme ».
- ✓ La contractualisation avec les centres hospitaliers SEGMA

### **2.1. Expérience de contrat plan avec les CHU**

Les CHU au Maroc sont dotés d'une personnalité morale et une autonomie financière<sup>5</sup>, ce qui leur permet de passer des contrats avec les acteurs publics ou privés<sup>6</sup> ou avec la tutelle.

Il est à rappeler que les contrats plans étaient les premières formes de contractualisation interne au Maroc. En 2003, une expérience à été lancée pour la période 2003/2004, elle met en relation deux acteurs publics à savoir les CHU et leur tutelle (le ministère de la santé).

Les CHU s'engagent à réaliser un certain nombre d'action et d'activité<sup>7</sup> prédéfinis dans le contrat sous forme d'un plan détaillé. L'Etat s'engage à mettre à leur disposition les fonds nécessaires après l'estimation des coûts du programme d'action.

### **2.2. Expérience de la contractualisation interne avec les régions sanitaires basées sur le Budget programmes.**

Dans le but d'améliorer la gestion des fonds publics alloués à la santé, en 2003, le ministère de la santé a introduit l'approche du budget-programme fondé réglementairement sur la circulaire du premier ministre N° 12/2001 du 25 décembre 2001, quoique ce processus a connu plusieurs étapes d'élaboration à savoir :

- L'élaboration d'un guide de la gestion budgétaire axé sur les résultats.
- Sensibilisation et formation des services déconcentrés par l'organisation des ateliers (20 ateliers pour 400 cadres)
- Préparation des budgets –programme 2004/2006 par les coordonateurs régionaux.
- Préparation des BP par les régions sanitaires pour l'adresser au niveau central<sup>8</sup>.

La première mise en œuvre de ce processus est concrétisée par le programme triennal (2004/2006).

Cette démarche à permis d'aboutir à certain résultats encourageant comme :

- Dynamisation et motivation des responsables régionaux à être plus rigoureux dans la gestion des fonds publics.

- Développement et maîtrise du processus de la planification.
- Transparence et traçabilité du financement à travers l'évaluation des résultats (comparaison des moyens mis en place et les objectifs atteints).

Cela a poussé le ministère de la santé à l'élaboration d'une stratégie des budgets- programmes pour les services déconcentrés du ministère de la santé.

Par la mise en place de la contractualisation interne matérialisée par les budgets programmes, les responsables visent à développer et renforcer l'autonomie par la délégation d'une part de responsabilité pour les instances qui ont l'avantage d'être plus proche de la réalité et des problèmes de la population.

### **2.3. Expérience de la contractualisation avec les CHP SEGMA**

Le dispositif des budgets programmes est appliqué aussi avec 15 centres hospitaliers publics SEGMA (Service d'Etat Géré d'une Manière Autonome). De ce fait, la même démarche est appliquée à ce niveau. Notamment en termes de processus de mise en œuvre et d'implantation.

Cette démarche vise à atteindre les objectifs suivants :

- ✓ Développement et renforcement des techniques de planification hospitalière.
- ✓ Rationalisation et transparence de l'utilisation des ressources.
- ✓ Améliorer les techniques et les outils de gestion hospitalière.

La signature de ce contrat implique trois acteurs à savoir ; le ministère de la santé ou son représentant en l'occurrence la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, les délégués des provinces chef lieu d'implantation des CHP et les directions des centres hospitaliers contractants.

Les engagements de chaque acteur se fait d'une manière consensuelle fondée sur des axes stratégiques, ces derniers sont déterminés par rapport à des situations jugées prioritaires par exemple la mise en place d'un système d'information et d'une stratégie de maintenance.

Pour le suivi et l'évaluation de cette démarche, deux comités ont été mis en place :

- ✓ Un comité central chargé d'analyser les bilans d'activité et les états d'avancement, et surtout, mettre en lumière les écarts entre les prévisions et les réalisations.
- ✓ Un comité régional qui s'en charge de faire le point et le suivi des engagements des deux parties.

Les travaux de ces deux comités ont révélé les constats suivants :

- ✓ Cette technique (budget programme) a permis de développer un dialogue entre l'entité supérieure et ces structures déconcentrées et avoir une vision partagée basée sur les négociations des objectifs à atteindre et les moyens nécessaires à mettre en place.
- ✓ Les acteurs contractants ont approfondis leur connaissance en matière de contractualisation. Ils ont prouvé une bonne assimilation du processus.

Les actions programmées dans le cadre des BP ont connu des états d'avancement et des taux de réalisation très satisfaisants<sup>9</sup>.

### **3. Relation contractuelles basées sur le partenariat**

Au Maroc, cette démarche est fréquente avec les ONG (Organisme Non Gouvernementale), les organismes internationaux, les collectivités locales...

#### **3.1. Partenariat avec les ONG**

L'insuffisante couverture sanitaire au Maroc et l'incapacité de l'Etat à répondre aux attentes et aux besoins de santé des populations d'un côté. D'un autre côté, l'incapacité des ménages à assumer les coûts élevés des soins (taux élevé de pauvreté), sont deux principaux facteurs qui ont poussé les ONG à proposer des formes de coopération et de collaboration avec le ministère de la santé. De ce fait, elles se sont organisées en groupe de pression et d'espace d'expression des attentes de la population, leur rôle vient pour compléter les actions de l'Etat dans le domaine de la santé qui sont jugées insuffisantes.

Ces dernières années, d'autres types d'ONG commencent à s'intéresser au domaine de la santé, comme la fondation Mohamed V pour la solidarité l'agence de développement des provinces de nord. Sans oublier aussi les ONG étrangères telle que MEDICUS MUNIDI ANDALOUZIA, l'Agence de Coopération pour la Paix et la Juta Andalucia...

Pour maîtriser et bien organiser les activités de ces nouveaux acteurs dans le domaine de la santé, une circulaire de premier ministre N° 7/2003 du 27 Juin 2003 fut élaborée.

Cette circulaire vient pour renforcer les capacités d'action des partenaires associatifs d'un côté et d'un autre côté baliser leur actions en centrant ces dernières sur les populations les plus défavorisées dans le but d'appuyer les politiques de lutte contre la pauvreté.

**Tableau 1 : Quelques points de comparaison de l'application de la contractualisation entre l'Algérie et le Maroc**

<b>Points de comparaison</b> / <b>Pays</b>	<b>Algérie</b>	<b>Maroc</b>
<b>Domaine de l'application</b>	Réformer les modalités de financement entre la CNAS et les Hôpitaux	Plusieurs domaines : Achat de services Coopération Délégation de responsabilité
<b>L'état d'avancement</b>	Un dispositif inopérant	La contractualisation touche un grand nombre d'acteur du système de santé.
<b>Les objectifs visés</b>	Objectif intermédiaire : rationalisation des dépenses de santé	Une stratégie globale et une politique nationale de contractualisation

*Source : Tableau récapitulatif réalisé par nos soins*

**Tableau 2 : Tableau récapitulatif des points de divergence avec l'OMS**

	<b>OMS</b>	<b>Algérie et Maroc</b>
<b>Maîtrise du processus</b>	La maîtrise du processus est la clé de sa réussite	Processus mal maîtrisé
<b>L'approche systémique</b>	Développer une approche systémique et une vision globale de la contractualisation	Relations contractuelles isolées et fragmentées
<b>Politique nationale de contractualisation</b>	Les relations contractuelles doivent être balisées par une politique nationale de contractualisation	Relation contractuelles sans encadrement politique claire et précis
<b>L'importance de l'évaluation</b>	L'évaluation permet de se situer en termes d'état d'avancement et le degré d'efficacité des actions menées.	Absence d'une stratégie d'évaluation

*Source : Tableau récapitulatif réalisé par nos soins*

## **Conclusion**

La contractualisation dans les systèmes de santé est apparue comme un nouveau mode de gestion.

L'Algérie et le Maroc, comme beaucoup de pays en développement, ont eu recours à la contractualisation. Malheureusement, cet outil n'est pas encore suffisamment maîtrisé.

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

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

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

Au Maroc, la contractualisation a connu un développement remarquable. Elle a touché plusieurs segments du système de santé, et ce, en appliquant les trois types de la contractualisation. Quelques expériences ont été mises en place à titre expérimentale, comme la sous-traitance des déchets hospitaliers et de la paie du personnel. D'autres expériences commencent à se généraliser après leurs succès, comme l'application des budgets programme, les contrats plans, etc. Cependant, ces progrès restent toujours à la marge de la politique nationale de santé. Ce contexte est aussi caractérisé par l'absence d'une politique nationale de contractualisation, quelle soit spécifique ou globale.

## QUELQUES RECOMMANDATIONS

Pour remédier à ces problèmes et chercher une meilleure efficacité dans l'application de la contractualisation en Algérie et au Maroc, les recommandations que nous suggérons sont les suivantes :

- ✓ Impliquer le secteur privé, réputé pour sa bonne qualité de prestation et sa réactivité, dans le processus de la contractualisation, et ce afin de favoriser la constitution d'un système de santé intégré (acteur publics et privés travaillant tous pour un objectif unique : celui de l'amélioration de l'état de santé de la population).
- ✓ Appuyer la politique nationale de contractualisation par des expertises *ad hoc* de l'OMS (conception, mise en œuvre et suivi).
- ✓ Promouvoir une coopération basée sur le partenariat entre les responsables du secteur de la santé et les chercheurs universitaires, notamment les économistes de la santé, et ce afin d'accompagner la réforme de contractualisation.
- ✓ Former et informer le personnel de santé impliqué directement dans le processus de contractualisation (considération juridiques, analyse économique, techniques de négociation, santé publique, ...).
- ✓ Pour concrétiser l'approche systémique de la contractualisation, il est nécessaire d'élaborer un document de base pour la politique nationale de contractualisation, et ce en choisissant la stratégie la plus adéquate au contexte (TOP DAWN ou BUTEM UP) et les politiques spécifiques de contractualisation. Ces dernières doivent être en pleine harmonie avec la politique nationale de santé.
- ✓ L'Etat doit chapeauter (coordonner) les initiatives décentralisées des acteurs de santé ; il doit jouer pleinement son rôle de régulateur des pratiques contractuelles. Plus concrètement, on doit passer d'un Etat interventionniste à un Etat régulateur.
- ✓ Assurer la continuité des réformes indépendamment des changements de gouvernementaux, et ce pour assurer une continuité et une cohérence des réformes.

La contractualisation reste une ambition pour essayer de coordonner des acteurs dans un contexte caractérisé par une rude confrontation entre le privé et le public.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **OUVRAGES :**

1. Auby J.F. : « *La délégation du service public* » éd PUF, collection « que sais-je », Paris, 1995.
2. Gerard TH. : « *Analyse économique des systèmes* », éd ARMOND COLIN, Paris, 1997.
3. Lamri L. : « *Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique* », Office des Publications Universitaires, Alger, 2004.
4. Mougeot M. : « *Système de santé et concurrence* » éd ECONOMICA, Paris 1994.
5. Orlean A. : « *Analyse économique des conventions* » éd PUF, Paris, 1994.
6. Oufriha F-Z. : « *De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins* », CREAD, 2006.
7. Perrot J, De Roodenbeke E. : « *Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée* », éd KHARTALA, Paris, 2005.

### **ARTICLES ET COMMUNICATIONS**

1. Achouri H : « *La contractualisation en milieu hospitalier : réalités et perspectives* », communication présentée lors des XI<sup>ème</sup> journées nationales de la gestion hospitalière, mai 2008.
2. Amamou M H : « *La contractualisation interne* .
3. Brahamia B : « *La contractualisation, moyen de la rationalisation des dépenses de santé* », cours présenté à l'université de Béjaïa. En faveur des étudiants en première année PG en *économie de la santé*, 2008  
Kaid Tlilane N : « *L'environnement conceptuel et les formes de la contractualisation* », communication présentée à la 11<sup>ème</sup> journée nationale de la gestion Hospitalière de SFAX, Tunisie sous le thème : « la contractualisation interne et externe dans le secteur de la santé », mai 2008.
4. Lamri L : « *La contractualisation en Algérie : état des lieux* », cours présenté à l'université de Béjaïa. En faveur des étudiants en première année PG en *économie de la santé*, 2008.

### **Renvois**

1. Jean P, De Roodenbeke E. : « *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée.* » op.cit, p 39.
2. Cette démarche peut régler le problème du secteur informel(les travailleurs non déclarés) puisqu'ils seront obligés de payer le coût réel de la prestation (ils travaillent sans assurance), ils vont faire donc pression sur leurs employeurs pour pouvoir bénéficier des avantages des assurés sociaux.
3. Lois 11.03, 12.03 et 13.03 relative respectivement à la protection et la mise en valeur de l'environnement, aux études d'impact sur l'environnement et la pollution atmosphérique.
4. Le PFGSS est un programme d'appui à la réforme Hospitalière au Maroc
5. Boulamazat A. : « *La régulation de la contractualisation basée sur une coopération à la région sanitaire de Marrakech Tansift al Haouz* », mémoire présenté pour l'obtention de diplôme de maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique, Institut National d'Administration Sanitaire. Maroc, 2008.
6. Le cursus de formation exigé au niveau de ces établissements est le même que celui enseigné au niveau des instituts relevant ministère de la santé
7. Abderahmane A. : « *L'expérience de la contractualisation au Ministère de la Santé- Maroc* », Tanger, 21,23 Avril 2009.
8. Le CHU IBN SINA a conclu une convention avec une école de formation paramédicale privée (école des sciences paramédicales appliquées)
9. Des activités de sous-traitance, de mise à niveau des plateaux techniques et des projets de recherche ...
10. Certaines régions ont élaboré des estimations financières spécifiques à chaque axe stratégique pour les trois années séparément alors que d'autre n'ont procédé qu'à l'estimation du BP de la première année uniquement.
11. Ministère de la santé publique du Maroc : « rapport sur l'état de la situation des relations contractuelles au sein du secteur de la santé au Maroc » réalisé par : WAHID A, El ABDANI F, Karib A. Encadré par Perrot J, 2005.p 35.
12. OMS offre un encadrement méthodologique et un appui technique pour développer correctement des relations contractuelles moyennant des experts en la matière à l'instar de JEAN Perrot.