

La contractualisation et l'évaluation : deux moyens nécessaire pour la réforme hospitalière

Lallouche Samira
Maitre de conférences (B) Faculté de droit
U. tizi ousou

Résumé

Améliorer la performance du système hospitalier constitue l'objectif essentiel des pouvoirs publics, Pour cela, l'Algérie à mis en place des réformes qui visent essentiellement à redynamiser ce secteur. Les réformes doivent permettre une meilleure accessibilité des usagers aux structures et services de soins avec une qualité acceptable des prestations.

Cependant, les pouvoirs public ont privilégié d'intervenir par le biais d'une approche contractuelle, La contractualisation fait partie des moyens de réalisation d'objectifs de la réforme hospitalière. Aussi, l'évaluation est un élément très important pour la réforme hospitalière; il apparait comme un nouveau principe qui porte un regard critique et orienté sur les différents composants de l'organisation.

ملخص

تحسين أداء النظام الاستشفائي هو الهدف الأساسي للسلطات العمومية، لهذا وضعت الجزائر اصلاحات التي تهدف أساسا إلى تنشيط هذا القطاع، وذلك من أجل تحسين الخدمات المقدمة لمستخدمين المراكز و المؤسسات الصحية.

لهذا فضلت السلطات العمومية أن تتدخل من خلال إتباع المنهج التعاقدية، فمبدأ التعاقد في المعاملات هو من بين الطرق الذي يحقق الإصلاح الاستشفائي. من بين الملفات التي كونت مشروع الإصلاح لدينا تقييم النظام الصحي الذي يعتبر عنصر مهم للإصلاح و مبدأ جديد له رؤية نقدية موجهة لمختلف هياكل المنظومة الصحية.

INTRODUCTION

Le secteur de la santé en Algérie connaît des perturbations ce qui provoque la volonté des pouvoirs publics à induire des changements à tous les niveaux. Suite aux contraintes budgétaires impliquées par plusieurs facteurs, à savoir la crise économique, le passage à l'économie de marché, l'évolution de la demande de santé, la transition épidémiologique, il est urgent d'engager des réformes nécessaires devant conduire à un système cohérent, répondant aux critères d'équité, d'efficacité, de régulation et d'efficience.(Mounassib, R., 2000, p.3).

Le système hospitalier algérien, tel qu'il est aujourd'hui, commence à montrer des signes évidents d'essoufflement. La mise en œuvre de réformes visant à améliorer la performance du système hospitalier est désormais incontournable. Réformer le système hospitalier en place devient donc un

passage obligé pour consolider les gains sanitaires obtenus et pour lever les contraintes que subissent continuellement les établissements de santé et qui ont cristallisé le mécontentement à la fois des usagers et des professionnels de la santé. (Bizard, F., 2015, P. 33).

En effet, le dossier des réformes hospitalières s'inscrit dans une démarche globale aboutissant aux réformes de l'Etat dues aux transformations politiques, économiques et sociales que connaît le monde entier : les réformes hospitalières deviennent donc une nécessité et un choix pour s'adapter aux nouvelles exigences. (Farouk, B., Le journal quotidien d'Oran, 23/12/2013).

La notion de réforme se réfère à un processus de changement. Selon le Petit Larousse, l'action de réformer se base sur le terme « reformer » qui signifie « former de nouveau » (reconstituer), et du latin qui signifie « ramener à une forme meilleure ». (Saltman, R., et Figuéras, J., 1997, p. 7).

Ainsi, la réforme du système de santé implique plus qu'une simple amélioration des soins ou des services. Peter Berman (Berman, P., 1995, p. 15) définissait la réforme du secteur de la santé comme étant celle produite par un effort soutenu, délibéré et fondamental. Ce n'est pas le résultat d'une mesure aussi révolutionnaire soit-elle. Une réforme est un processus planifié, visant les dimensions stratégiques du système de santé et comportant un ensemble de mesures et d'interventions ciblées. (Kaddar, M., WWW, santé.gov.ma/Sm SM/ Cm m Wels/ les réformes des systèmes.htm).

Cependant, les pouvoirs public ont privilégié d'intervenir dans le domaine de la réforme hospitalière par le biais d'une approche contractuelle, un contrat de performance et incitatif liant ressources et prestations, offreurs et acheteurs de soins. La contractualisation est une démarche efficace d'accompagnement des changements : elle fait partie des moyens de réalisation d'objectifs de la réforme hospitalière.

Aussi, l'évaluation est un élément très important pour la réforme hospitalière ; c'est encore le seul préalable pouvant faciliter la mise en place du projet de réforme dans tous les domaines, y compris le milieu hospitalier. Signe de son importance et de son intérêt, l'évaluation fait partie des objectifs assignés dans la réforme hospitalière initiée par le Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière en Algérie. (Stingre, D., 2016, P. 66).

Mais est ce que la réforme hospitalière qui est proposée pourrait-elle préparer l'institution hospitalière à un nouvel environnement caractérisé par l'entrée du pays dans l'économie de marché ? Et comment la contractualisation et l'évaluation ont-elles été considérées comme des composantes de la réforme hospitalière ?

Nous allons essayer tout au long de cet article de montrer l'importance de la réforme hospitalière comme une évolution nécessaire à travers deux chapitres : le premier sera consacré à la contractualisation comme un instrument de réforme des établissements hospitaliers. Quant au deuxième chapitre, nous le consacrerons à exposer l'évaluation comme outil de performance.

Chapitre 1 : LA CONTRACTUALISATION : UN INSTRUMENT DE REFORME DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

La contractualisation des relations entre les établissements de santé et les bailleurs des fonds représente une nouvelle piste pour la résolution des problèmes du secteur hospitalier névralgique, qui se caractérise de par sa nature par l'augmentation constante de ses dépenses et par la complexité de son organisation et la multiplicité de ses acteurs. La démarche contractuelle semble être l'outil privilégié qui permettra à l'établissement public hospitalier de dépasser ses dysfonctionnements et d'instaurer des liens organisationnels appropriés dans le sens des changements.

Ainsi, la contractualisation, comme son nom l'indique, devrait être un contrat établi entre l'hôpital prestataire de soins et les caisses de sécurité sociale pour les assurés, l'action sociale pour les démunis, et enfin les malades eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni cotisants à une caisse ni démunis. (Mahyaoui, Y., 2003, p. 258).

Il est admis que l'opération de contractualisation est mise en œuvre de manière différente, compte tenu du contexte particulier à chaque pays. Les différences observées d'un pays à l'autre ne tiennent pas en réalité à la nature de l'opération. Elles traduisent simplement une diversité dans les modalités pratiques de mise en œuvre de la contractualisation. Ainsi, nous pouvons dire que la contractualisation ne peut pas être conçue comme un mode d'organisation dont les modalités pratiques de mise en œuvre sont fixées et applicables de la même manière à toutes les situations et à tous les pays. C'est dans un contexte à la fois de changement du système de santé, de mutations, de transformation et d'exigences sociales qu'il est nécessaire de rechercher ses fondements.

Cependant, l'application de la contractualisation par les pouvoirs publics se fait progressivement pour permettre sa vulgarisation et son acceptation par tous les intervenants. Car généraliser cette mesure à tous les établissements à la même date comporte des risques certains de paralysie pour les hôpitaux mal préparés à ce changement et de perturbation sérieuse de l'offre de soins à la population. Dans ce cadre, l'Etat doit déployer de grands efforts pour doter les établissements publics de santé en infrastructures et équipements nécessaires, les renforçant en moyens humains d'encadrement et en mettant en œuvre un programme de modernisation et d'information.

Pour mieux comprendre la contractualisation comme un nouveau mode d'organisation et de gestion, nous nous attacherons à saisir l'approche contractuelle (section 1) et la mise en œuvre de la contractualisation (section 2).

SECTION 1 : PRESENTATION DE L'APPROCHE CONTRACTUELLE : UNE ALLIANCE VOLONTAIRE

Définir la contractualisation et comprendre sa logique nous permettra de cerner son contenu.

La contractualisation consiste à établir un contrat entre les établissements public de santé et les organismes de sécurité sociale. Ce contrat impose aux

contractants des droits et obligations, ce qui dans le cas présent doit se traduire par une facturation qui correspondrait à une prestation réellement fournie. Ainsi, Les contributions des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements de santé doivent être mises en œuvre sur la base de rapports contractuels et les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et des soins prodigués aux démunis nonassurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la contractualisation est un arrangement (ou contrat) qui constitue un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines chose. C'est donc une alliance volontaire de partenaires indépendants.(Saihi, A., 1998, P. 59).

Ainsi, la contractualisation est préconisée comme un outil de politique de santé : une telle approche met en avant le rôle de l'Etat comme garant de la cohérence dans les relations entre les partenaires ayant un rôle dans la santé (secteur public, secteur privé, sécurité sociale, assurances privées...). De ce fait, Il y a lieu de s'interroger sur la nature de la contractualisation dans le système de soins. S'agit-il d'un contrat qui traduit un accord de volonté ou d'un instrument juridique de puissance publique qui justifie l'intervention de l'Etat ? Dans ce cas, l'on se trouve devant une situation de contrat administratif d'adhésion, ou « l'Etat », autorité, intervient en tant que régulateur et implicitement oblige l'agent « l'établissement de soins » à coopérer. L'introduction du contrat dans le système de soins peut alors exclure la négociation et favoriser l'intervention de l'Etat par des clauses opposables aux établissements de santé.

Par ailleurs, la contractualisation se subdivisera en contractualisation externe et en contractualisation interne. La contractualisation externe a pour objet de mettre en relation les établissements de soins et leurs bailleurs de fonds représentés par la sécurité sociale, la solidarité nationale et les assurances économiques, ce qui, en définitive, impose pour ces derniers le développement des fonctions indispensables pour la quantification, le suivi, l'évaluation et le contrôle des prestations médicales et paramédicales dispensées à leur clients. Quant à la contractualisation interne, elle se fera entre la direction d'un établissement de santé et les différents services dont il se compose. Elle mettra l'accent sur la redynamisation des bureaux des entrées ainsi que sur les actions d'évaluation qu'il faudra mener afin de mettre en place les projets de services qui permettent de connaitre quel type de travail exerce effectivement chaque membre du personnel.(Ségal, J., 2000, p. 19).

La contractualisation des relations entre les établissements de santé et les bailleurs des fonds représente une nouvelle piste pour la résolution des problèmes du secteur hospitalier. C'est à la suite des conclusions du Conseil interministériel du 21 Mars 1995 qu'un Comité interministériel chargé de la contractualisation a été installé le 10 Avril 1995. L'introduction d'une nouvelle démarche stratégique dans la gestion d'un secteur hospitalier, signifie entre

autres le changement de mentalités et de comportements. La nouvelle démarche a suscité de mettre en œuvre de nouvelles dispositions pour encadrer l'opération. Parmi les approches novatrices, citons l'instauration du projet d'établissement et du projet médical, qui représente en somme les fondements de la contractualisation interne et externe. (Belaid, A., 2005, p. 55).

Le projet d'établissement est considéré comme étant un axe prioritaire dans la dynamique des réformes hospitalières. Selon l'article 214 de l'avant-projet de loi sanitaire : « Chaque établissement assurant un service public de santé est tenu d'élaborer un projet d'établissement et un plan de démarche qualité qui s'inscrivent dans les objectifs nationaux, régionaux ou locaux en matière de développement sanitaire ». De là, la forme et le contenu des projets d'établissements sont du ressort des gestionnaires des établissements de santé.

Selon Jacques Pagès, le projet d'établissement « est un outil de gestion permettant à chaque établissement de renforcer la logique médicale, de s'ouvrir sur son environnement, de s'inscrire dans une dynamique participative, d'œuvrer pour l'intégration et le décloisonnement, de s'adapter à l'évolution des besoins ». (Pages, J., 2001, p. 37).

En outre, le projet détermine les moyens, les outils et les processus dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il est toujours utile de rappeler dans ce contexte que la réussite d'un projet d'établissement dépend en grande partie de la phase de diagnostic, autrement dit de la détermination de la géographie humaine et de l'aménagement du territoire.

Le contenu d'un projet d'établissement est toujours spécifique. Il faut donc se garder de toute standardisation. Le contenu du projet dépend de la situation de l'établissement, de son fonctionnement, de son environnement.

Par ailleurs, le projet médical fait partie du projet d'établissement : ce dernier n'est que la concrétisation des politiques et des orientations générales contenues dans un projet global et pluriannuel. L'opérationnalisation des objectifs du projet d'établissement s'effectue donc par des contrats d'objectifs et de moyens (COM) entre la direction de l'établissement hospitalier et les cadres professionnels de cette institution. Ces contrats annuels concernent généralement le fonctionnement des services et les objectifs à réaliser. Pour finaliser ces contrats, des budgets de services doivent être élaborés afin de mettre en exergue les menaces à gérer et les opportunités à saisir.

La responsabilité des chefs de services est mise en cause concernant tout dépassement budgétaire non justifié. De plus, ils sont tenus de respecter et de promouvoir les standards de qualité, de sécurité, de pertinence et de rendement. Tous ces aspects doivent faire l'objet d'une clarification et d'une entente entre l'administration de l'établissement et les services concernés par les contrats d'objectifs et de moyens.

A la lumière de ce qui a été dit, on considère que la contractualisation est comme une approche plus rationnelle dans la gestion financière des

établissements publics de soins. Elle vise essentiellement la réalisation des objectifs suivants :

- réforme du mode de financement de la santé ;
- amélioration de la qualité des prestations de soins ;
- plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins ;
- plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant une utilisation optimale des ressources ;
- dotation budgétaire en fonction de l'activité de soins, le but final étant d'autonomiser le budget des hôpitaux. Chaque hôpital aura le budget des prestations qu'il fournit et non un budget annuel forfaitaire comme cela se fait jusqu'à l'heure actuelle.

SECTION 2 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONTRACTUALISATION : UNE EXIGENCE QUI S'IMPOSE

Compte tenu de la nouveauté du mode de fonctionnement contractuel et le caractère spécifique des expériences engagées un peu partout dans le monde, il est évident de soumettre la contractualisation à des expériences pilotes avant de décider de la généraliser. Cette expérimentation est nécessaire pour renforcer cette analyse par des observations expérimentales propres au contexte du déroulement de l'opération de contractualisation.

Il n'existe pas de modèle universel du cheminement à suivre pour aboutir à la contractualisation d'une structure de santé. Mais, s'engager dans une telle opération suppose nécessairement le choix et l'application d'une démarche clairement explicitée et définie. Pour cela, le Ministre de la santé, de la population et de la réforme, en collaboration avec le Ministre du travail et de la protection sociale, ont procédé à l'installation de groupes de travail interministériels chargés de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation.

Les Ministères concernés par la contractualisation ont mis en place un Comité chargé d'élaborer les modalités de mise en œuvre de la contractualisation entre les établissements hospitaliers et la Caisse de sécurité sociale.

Ce Comité avait pour rôle l'élaboration et la mise en place de supports d'information et d'évaluation, de réhabilitation du bureau des entrées et la définition des procédures d'admission et de délivrance de la prise en charge des patients. (Compte rendu des travaux du groupe interministériel, 2002, p. 3).

Partant du souci de ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et des établissements publics hospitaliers qui risqueraient de remettre en cause l'accès aux soins de la population, le groupe interministériel a tenté de dérouler les modalités les plus appropriées en vue d'un développement progressif de la contractualisation. Deux modes de paiement ont particulièrement

ont été retenus : le coût de la journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie.

La facturation selon le premier mode sera effectuée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement et par groupe de spécialités homogènes. Cette évaluation permettra d'apprécier la performance des établissements hospitaliers, à travers la connaissance de la durée moyenne de séjour en vue d'une meilleure efficacité. Le deuxième mode de paiement qui est le forfait par pathologie, induira l'attribution d'un budget pour chaque pathologie traitée, et nécessitera une maîtrise parfaite à confier à des travaux d'experts pour l'élaboration des consensus thérapeutiques par pathologie ou pour la mise en place de schémas diagnostiques et thérapeutiques.

En raison de l'insuffisance des données relatives à la connaissance des activités et des coûts par pathologie, le groupe interministériel a retenu les deux modes de financement. Le premier mode précédera le second, en attendant les différentes évaluations qui permettront de choisir le mode de paiement le plus judicieux. (**Compte rendu des travaux du groupe interministériel, 2002, p. 2.**)

La contractualisation a pour principe un financement basé sur l'activité réelle des établissements publics de santé, c'est-à-dire qu'après le forfait hôpitaux déconnecté de l'activité réelle, la contractualisation a pour ambition et pour principe de passer à un mode de paiement garantissant un financement en adéquation avec l'activité effective des hôpitaux publics, principe qui fait consensus entre les différents secteurs ; le financement de l'activité pourra avoir plusieurs options de mode de paiement (**prix de journée, forfait par pathologie, forfait global modifié... etc.**).

Ainsi seront permis les principes de la contractualisation que les contributions de la sécurité sociale sont destinées au financement des soins prodigués aux assurés sociaux et à leur ayants droit ; les contributions de l'Etat serviront au financement des soins fournis aux démunis non assurés sociaux et les autres catégories (étrangers non-résidents, les non démunis, les non assurés sociaux) devront se prendre en charge.

Cependant, depuis la mise en place de la contractualisation il a été constaté des résultats. Ces derniers sont soit relatifs à l'introduction du système contractuel soit relatifs à l'exercice opérationnel de la contractualisation, parmi ces résultats il y a : Le déclenchement du processus de négocier, réguler et rationaliser des dépenses de santé : la contractualisation a permis de concilier la maîtrise des dépenses sanitaires et la recherche d'un optimum entre la demande de l'acheteur (bailleur de fonds) et du vendeur (prestataire de soins) dans un quasi-marché de santé.

Ainsi, la contractualisation implique que les objectifs de l'établissement de santé soient contractualisés et que les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre ne soient pas fixés unilatéralement par le Ministère de la santé, mais au contraire négociés entre l'établissement concerné et sa tutelle régionale. En effet, celle-ci alloue des moyens à l'établissement de santé contractualisé : elle a

donc l'obligation d'exercer le contrôle et de s'assurer que les moyens dégagés sont utilisés pour la réalisation des objectifs fixés. (Cauvix, C., Crémadez, M, 2002, p. 609).

En conclusion, la contractualisation ne peut aboutir en Algérie qu'à condition que les établissements de santé jouissent pleinement de leur autonomie quant à la fixation des objectifs, tout en arrêtant les moyens nécessaires pour y parvenir. Cependant, sans l'évaluation des établissements de santé, ces établissements se retrouveront dans l'incapacité d'entreprendre des actions visant à répondre aux impératifs de la contractualisation.

Chapitre 2 : L'EVALUATION COMME OUTIL DE PERFORMANCE

L'hôpital est tenu d'être à la hauteur des aspirations des citoyens pour la prise en charge de leur santé. De nouvelles mesures de gestion doivent être introduites. L'évaluation constitue l'une de ces mesures. Elle modifie les comportements des personnels et des décideurs et elle permet de prendre des décisions en fonction des lacunes et des insuffisances constatées.

L'intérêt et les avantages qu'offre l'évaluation permettent aux établissements de progresser et de répondre favorablement aux attentes des citoyens en matière d'amélioration des prestations

L'étude de la notion d'évaluation (section 1) suppose d'étudier l'évaluation médicale en tant qu'outil de qualité (section 2).

Section 1 : La notion d'évaluation : une discipline récente en Algérie

L'évaluation apparaît comme indispensable et susceptible de répondre à trois impératifs : la rigueur, les citoyens demandent le résultat des politiques menées, la transparence, le débat est de plus en plus nécessaire et de plus en plus réclamé, et l'efficacité des politiques car il est de plus en plus impératif de savoir si les objectifs ont été atteints.

L'évaluation peut être définie comme suit : « L'évaluation d'une politique a pour objet d'apprécier, dans un cadre déterminé, l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre. » (Guenoune, H., 2004, p. 4).

Cependant, l'évaluation est un processus destiné à juger les résultats atteints par rapport à des objectifs assignés. Cela signifie que, au préalable, il faut qu'il y ait des objectifs tracés, ce que toute organisation, se doit de mettre en œuvre.

Ainsi, l'évaluation n'est ni un contrôle, ni un contrôle de régularité, ni un contrôle administratif ni une vérification comptable, ni un contrôle de gestion, ni une analyse financière.

L'évaluation est une démarche à mettre en place à partir des enjeux d'une certaine réalité pour changer quelques comportements ou tout simplement pour être plus performants dans le futur.

Par ailleurs, l'évaluation est une action technique qui consiste à fournir au producteur de soins une mesure précise de ses résultats. Evaluer, c'est apprécier l'utilité et l'efficacité de la norme, d'un règlement, d'un comportement pour éventuellement les modifier ou les changer.

Il est clair qu'on ne peut pas déclencher un processus d'évaluation sans qu'il y ait déjà des objectifs bien définis et fixés. Donc, concernant l'hôpital par exemple, il est indispensable de se doter d'un « projet » qui synthétise un ensemble d'objectifs jugés par les décideurs comme étant prioritaires et réalisables. Pour que les objectifs inscrits dans le projet d'établissement se réalisent, il faudra adopter une démarche vigoureuse de mise en application des orientations stratégiques retenues et mettre en place des méthodes de management susceptibles d'en constituer le support. Une connaissance des travaux à accomplir pour mettre en œuvre le projet ainsi que des méthodes et outils susceptibles de lui conférer une pleine efficacité est indispensable. (Pagès, J., 2001, P., 47).

De ce fait, l'évaluation permet d'aborder tant le domaine financier que le domaine opérationnel tels que la gestion des achats, des soins, les actes médicaux...etc. Il faut donc distinguer entre : La recherche évaluative à l'hôpital visant à faire progresser les connaissances sur l'efficacité et le coût des technologies, des diagnostics, des thérapeutiques et notamment des médicaments et des stratégies médicales. Et l'évaluation de l'hôpital au quotidien dans son fonctionnement interne avec ses diverses dimensions : les descriptions de l'activité de production, les évaluations de l'action médicale et administrative.

Section2 : L'EVALUATION MEDICALE : UN OUTIL DE QUALITE

L'évaluation à l'hôpital a pour but d'apprécier ce qui résulte de l'action médicale et de l'action administrative.

L'évaluation médicale n'est qu'un aspect de l'évaluation à l'hôpital. La réforme hospitalière en Algérie veut initier l'évaluation médicale en procédant au calcul des coûts médicaux par l'administration hospitalière suivant des canevas bien précis élaborés par des équipes de professionnels pluridisciplinaires. Il est à signaler que l'évaluation médicale ne doit pas être seule à se mettre en place à l'hôpital, car il est souhaitable qu'elle soit accompagnée ou précédée par la pratique de l'évaluation de la gestion.

Cependant, l'évaluation médicale en matière de qualité est la première démarche envisagée, obligeant les équipes médicales à décrire clairement leurs objectifs et leurs produits, sans quoi aucune mesure ne serait possible. (Le Clanche, I., 1991, p. 2).

Ainsi, l'évaluation consiste à améliorer la qualité des soins, ce qui est une préoccupation majeure de tout établissement de santé. Mettre en place des programmes qui étudient l'efficacité, l'adaptation et la sécurité des soins, pour assurer au mieux la satisfaction du patient.

L'évaluation de la qualité des soins médicaux porte sur les structures, les procédures et les résultats.

L'évaluation des structures comprend l'évaluation des installations et des équipements disponibles utilisés pour la prestation des soins. Elle couvre tous les aspects physiques des installations et équipements et va plus loin en incluant toutes les caractéristiques de l'organisation administrative et les qualifications des professionnels de santé. Le fait de prendre les structures comme indicateurs de qualité repose sur l'hypothèse fondamentale qu'on suppose qu'il est plus probable d'obtenir de meilleurs soins quand il existe une équipe mieux qualifiée, des aménagements perfectionnés et une organisation administrative et financière plus solide. Mais, faut-il souligner que la qualité de la structure ne signifie pas que la qualité des soins soit atteinte.

L'évaluation des procédures, peut être définie comme l'évaluation des activités des médecins dans leurs relations avec les malades. Le critère d'évaluation généralement utilisé est le degré d'adéquation aux normes et attentes de la profession. Ces normes et ces attentes peuvent avoir comme origine ce qui est considéré comme une pratique professionnelle, bonne, acceptable et reconnue, ou déduite des modèles de soins observés dans le métier. On peut admettre qu'une ou plusieurs institutions ou groupe de professionnels donnent des soins de qualité tels qu'ils puissent être pris comme norme, et que les autres prestataires soient alors comparés à celle-ci. Cela peut permettre également de comparer les institutions et les professionnels entre eux et d'établir des moyennes et des classements dans le domaine de soins médicaux.

Concernant l'évaluation des résultats, il s'agit de l'évaluation des résultats en termes de santé et de satisfaction pour le malade ou la population. Dans cette approche, le premier problème est de déterminer ce qu'est un résultat. Les résultats tiennent compte de la structure physique ou des fonctions physiologiques de l'individu, aussi bien que de son aspect psychologique ou social. On peut citer comme exemples d'évaluation des résultats la mortalité, l'espérance de vie, notamment après certain traitements, la morbidité, les complications de la grossesse et le changement dans les conditions de vie quotidienne.

Pour conclure, il faut souligner l'interdépendance entre ces trois modes d'évaluation. Des structures adéquates augmentent la probabilité d'obtenir de bons soins, qui à leur tour accroissent la probabilité de résultats satisfaisants. Il est donc important d'utiliser ces trois approches pour évaluer la qualité dans le sens où elles se renforcent mutuellement et permettent d'obtenir un meilleur résultat.

Ainsi, parmi les objectifs de l'évaluation médicale, nous citerons la rationalisation des moyens pour atténuer les sources de gaspillage des biens publics. Aussi, l'évaluation permet pour les pouvoirs publics de connaître les besoins de santé de la population afin de juger de l'importance des actions à mettre en œuvre dans les domaines de la santé. Cette évaluation peut aussi éviter de répondre à des attentes exagérées de la part de la population ou des

professionnels de la santé, notamment par la diffusion de techniques ne procurant aucun bénéfice sanitaire.

Conclusion

Le secteur hospitalier, connaît des problèmes importants malgré la réforme hospitalière engagés au cours des dernières années. Des résultats positifs ont été obtenus. Cependant, des contreperformances subsistent car les réformes exigent un environnement non contraignant, et les résistances sociologiques, économiques et institutionnelles constituent parfois des freins de blocage ou de retardement dans la mise en application des réformes prévues.

Certes, les premiers jalons de la réforme sont mis en place dans nos hôpitaux afin de corriger les dysfonctionnements, à savoir la contractualisation des relations avec les bailleurs de fonds et le renforcement des processus d'évaluation. Cependant, le manque d'une véritable volonté politique, l'absence d'une entité institutionnelle et le manque de coordination entre les différents acteurs et intervenants en matière de santé publique, entravent et retardent la mise en œuvre d'une véritable réforme.

Ainsi, les mesures prises durant la dernière décennie dans le sillage de la réforme hospitalière trouvent de grosses difficultés comme celle de créer un organe capable d'évaluer réellement les services de santé et d'imposer aux établissements publics l'obligation de résultats.

REFERENCE

- Mounassib, R., La réforme du secteur de la santé au Maroc, Thèse de doctorat en droit privé, Faculté de droit des sciences économiques, Centre d'étude et de recherches juridiques sur les espaces méditerranéen et Africain Francophones, 2000.
- Farouk, B., Bilan et perspectives du système national de santé, Le journal quotidien d'Oran, 23/12/2013.
- Bizard, F., Politique de santé : réussir le changement, Dunod, 2015.
- Saltman, R., etFiguéras, J., European health care reform, Analysis of current strategies. Who, regional publications, Europeanseries, 1997.
- Berman, P., Health sector reform in developing countries : making health development sustainable, HSPH, Harvard University Press, 1995.
- Kaddar, M., Les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement, voir WWW, santé.gov.ma/Sm SM/ Cm m Wels/ les réformes des systèmes.htm.
- Stingre, D., Le service public hospitalier, Presse universitaire de France, P.U.F, 2016.
- Mahyaoui, Y., Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins, Thèse de doctorat, Université de Paris VII, 2003.
- Saihi, A., la contractualisation « l'expérience étrangère », Ecole national de santé public, Revue le Gestionnaire, N° 2, Alger, Juillet 1998.
- Ségal, J., Contractualisation à l'hôpital, Masson, Paris, 2000.
- Belaid, A., Le projet d'établissement : acte de Management, Mémoire, Ecole Nationale de SantéPublique, Alger, 2005.
- Pages, J., Les métamorphoses de la gestion juridique des établissements du secteur sanitaire, social et médico-social, Thèse de doctorat, Université Panthéon – Assas (Paris II), 2001.
- Compte rendu des travaux du groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé et les caisses de sécurité sociale, Rapport d'étape 1, Mai 2002, p. 3.

- Cauvinx, C., Crémadez, M., Quelles structures pour les hôpitaux ?, Gestion hospitalière, Aout-Sept 2002.
- Guenoune, H., L'évaluation en santé, Mémoire, Ecole nationale d'administration, 2004.
- Pagès, J., Les métamorphoses de la gestion juridique des établissements du secteur sanitaire, social et médico-social, Thèse de doctorat, Droit privé, Université Panthéon- Assas Paris II, 2001.
- Le Clanche, I., L'évaluation médicale à l'hôpital, Berger- Levraut, Toulouse, 1991.