

**La Nouvelle Gestion Publique Hospitalière à Travers La
Contractualisation Interne : (Cas de l'établissement Hospitalier
Universitaire d'Oran : L'EHUO)
The new public hospital management through internal contracting
(Case Of The Oran Universitaire Hospital Establishment)**

Hanane KADA *

laboratoire de la gestion des
collectivités locales et de leur rôle
dans la réalisation du
développement(LGCLRRD), Universit
é Blida2,Algérie
eh.kada@univ-blida2.dz

Mohamed CHOUIH

laboratoire de la gestion des
collectivités locales et de leur
rôle dans la réalisation du
développement(LGCLRRD),U
niversité Blida2,Algérie
mchouih@yahoo.com

Reçu:26/02/2022

Accepté:04/06/2022

Publié:30/06/2022

Résumé:

À la lecture de la nouvelle loi de santé n°18-11, la contractualisation interne est présentée comme l'un des éléments indispensables au renouvellement de la gestion hospitalière actuelle, l'article s'interroge sur les conditions nécessaires de succès et les difficultés de mise en œuvre de la contractualisation interne, notre choix s'est porté sur l'EHUO pour son statut spécifique lui confère une gestion déconcentrée basée sur une nouvelle gestion publique qui s'inscrit dans une logique de subsidiarité et d'efficience.

Mots clés:(la nouvelle gestion publique ,hôpital ,la contractualisation)

Code Jel : H51

Abstract:

On reading the new health law n°18-11, internal contracting is presented as one of the essential elements for the renewal of current hospital management, the article questions the necessary conditions for success and the difficulties implementation of internal contracting, we chose the university hospital establishment of Oran for its specific status, giving it decentralized management based on new public management that is part of a logic of subsidiarity and efficiency.

* **Auteur correspondant**

Keywords: (New public management, hospital, contracting)

JEL Classification Codes : H51

INTRODUCTION:

De nos jours en Algérie, le directeur d'un établissement de santé se voit dans l'obligation de maîtriser les principes du management. Actuellement le management hospitalier se situe à deux niveaux. Le premier niveau est stratégique, il se concrétise en externe à travers le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'Objectifs et Moyens signés avec la tutelle, et en interne par la déclinaison en contrats de pôles médicaux.

Par ailleurs, la nouvelle loi de santé 11-18 a introduit différentes notions telles que la mise en place d'objectifs et de dispositifs de la performance, projet de service, projet d'établissement,etc. De ce fait la contractualisation interne est présentée comme un axe levier de la réforme hospitalière par la décentralisation de la décision, la responsabilisation des acteurs....etc. S'insérant parfaitement dans le courant de la nouvelle gestion publique.

La problématique de recherche :

Face à ces enjeux, Notre problématique s'articulera autour de cette question : **En quoi l'analyse des conditions de mise en œuvre de la contractualisation interne nous servir pour moderniser la gestion publique hospitalière ?**

Cette problématique sera débattue à Travers les questions suivantes:

- L'adoption de la contractualisation interne apporte –elle un impact sur la gestion des établissements publics de santé?
- Est-ce que les conditions de la mise en œuvre de la contractualisation interne sont réunies en Algérie?

Partant de cette problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- La contractualisation interne a un impact positif sur la gestion des établissements publics de santé.
- L'organisation et les conditions au niveau des établissements publics de santé ne permettent pas la mise en œuvre d'un mode contractuel.

L'objectif de recherche

Cette recherche vise d'un côté à créer des rapports déconcentrés entre la direction de l'établissement public de santé et ses services sur la base d'un contrat de performance et de moyens sur le plan interne, et de l'autre côté elle vise à identifier les obstacles freinant la mise en œuvre de la contractualisation interne afin de guider les stratégies d'intervention des dirigeants pour trouver des solutions remédiant à ces obstacles.

Les études antérieures et la valeur ajoutée de recherche

Sur le plan académique, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la question de la contractualisation et la nouvelle gestion publique hospitalière, une étude est réalisée par **Lila ZIANI et Farida ZIANI, (2021)** sur : **La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : enjeux et perspective**, cette étude a montré les difficultés de mise en œuvre de la contractualisation externe notamment l'absence de consensus sur la méthode de calcul des coûts des activités de soins hospitaliers, Dans le même contexte **Meriem MALLEK (2016)** a réalisé une étude qui s'intitule « **la contractualisation comme mécanisme de pilotage de la performance des hôpitaux publics** », cette étude a montré la négligence en mode d'application de la contractualisation en raison de l'absence des moyens pour y parvenir à la performance parmi ces moyens : le contrôle de gestion qui devenu essentiel à la réussite des hôpitaux publics. Et dans le cadre des réformes des hôpitaux publics français, **Pascal Gaudron (2008)** a réalisé une étude s'intitule : « **A nouveau modèle hospitalier, nouveau manager, le cas de développement d'un management médico-économique pour les directions des établissements publics français** », pour cet auteur le directeur d'établissement public hospitalier devenu un manager, son rôle s'est modifié, il n'est plus qu'un directeur administratif entouré d'une partie de son équipe mais un manager avec un conseil exécutif composé d'une partie de son équipe, et des médecins à responsabilité.

Notre étude prend une ampleur plus forte à la lumière du lancement des ateliers de réformes structurelles dans le cadre de la modernisation du système de santé qui nécessite une révision du système d'information sanitaire (SIS) et du système de comptabilité analytique qui permet de connaître quel est le coût de l'acte médical et ouvre la porte à une nouvelle réforme : la mise en place de contrat d'objectifs et de performance qui s'inscrit dans une démarche de contractualisation interne.

Le cadre méthodologique

Nous avons opté pour la méthode statistique pour pouvoir quantifier les résultats et les présenter sous forme de graphiques. L'interprétation des résultats nous permettra ensuite de vérifier les hypothèses que nous avons posées au début de l'étude sur la mise en œuvre de la contractualisation au niveau de l'EHUO.

La structure de recherche

Cet article est constitué de quatre parties, la première partie porte sur le système de santé Algérien ensuite en se penchera sur l'approche de la nouvelle gestion publique dans les établissements publics de santé Algérien, puis nous allons présenter la contractualisation interne en tant qu'instrument de pilotage des services publics hospitaliers, et la quatrième partie est constituée d'une étude analytique des résultats d'une enquête menées auprès des personnels de l'EHU d'Oran.

Premièrement : Le système de santé Algérien

Le système de santé Algérien est basé sur un traitement gratuit pour tous, l'équité dans l'accès aux soins est alors une préoccupation majeure, constamment réaffirmée et plus ou moins bien réalisée à travers une politique d'extension de l'offre, cela soulève plusieurs soucis, notamment en ce qui concerne l'efficacité des services fournis ainsi que la qualité des traitements. ((CNES), 2006,P12)

1. Définition de système de santé

L'ensemble des moyens (organisationnels, structurels, humains, financiers,) destiné à améliorer la santé (Bruno, 2010 ,P8) .un système de santé ne se résume pas aux personnes et organisations qui fournissent des soins médicaux: on dira plutôt que celles-ci exercent l'une de ses principales fonctions et collaborent, de façon plus ou moins appropriée, à la réalisation des autres: financement, investissements et administration générale. Les systèmes de santé ont ainsi trois objectifs fondamentaux :(OMS, 2010,P10)

- améliorer la santé de la population desservie.
- répondre aux attentes des gens.
- assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé

2. Le financement des systèmes de santé

Il est possible de différencier entre trois (3) modèles de financement des systèmes de santé (Bruno, 2010,P26):

Tableau n°1: Les modèles de financement des systèmes de santé

Le modèle bismarckien (Assurance-maladie)	Le modèle Beveridge (système national de santé)	Le système libéral de santé(système Américain)
Le financement est assuré par le travail et les cotisations sociales. Il a été mis en place en Allemagne à la fin du XIXème siècle, sous l'influence de Bismarck. (Béatrice, 1993 ,PP24-25)	Le financement est assuré par le budget d'Etat alimenté par l'impôt. Ce modèle a été mis en place en Grande Bretagne après la Seconde Guerre Mondiale sous l'égide de Lord Beveridge.	Le principe de ce système est que la santé relève de la responsabilité individuelle. Ceci se traduit en pratique par l'absence de système national obligatoire (Bruno, 2010 ,PP28-30)

Source : réalisé par l'auteur

3. Les caractéristiques de système de santé Algérien

Les systèmes de santé sont intimement liés aux caractéristiques du pays et à son contexte historique, économique et socioculturel, ainsi le système de santé Algérien est marqué par le contexte historique et il reflète des valeurs socio-culturelles qui le distinguent. L'Algérie, durement éprouvé par l'histoire, s'est engagé dans une stratégie de développement sanitaire originale, basée sur le principe de la « médecine gratuite » instituée par ordonnance le 1 janvier 1974. (Benkaci, 2011,P1)

Ce système est également appelé « national », car la tutelle des services de santé et le financement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'État(le modèle Beveridge)

4. Les principales étapes de réforme de système de santé Algérien

3.1 la mise en place de budget global

L'Algérie a introduit, depuis plus de trois décennies, des outils de maîtrise des dépenses de santé qui se focalisent essentiellement sur la maîtrise des dépenses via le plafonnement du budget dédié à la santé. (Abdou & Brahamia, 2017,P2). Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins engendrés certains effets négatifs se traduisant par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs, et par l'abondant des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins. (Benkaci, 2011,P1)

En effet , la mise en place du budget global a entrainé une détérioration du système financier et comptable,et une absence totale de contrôle des coûts dans la mesure ou 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. (Ziani & Ziani, 2021,P39)

3.2 la contractualisation externe dans les hôpitaux Algériens

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 (forfait hopitaux).Le forfait hôpital a connu une augmentation soutenue. Cette augmentation est due, d'une part au désengagement progressif du budget de l'état, 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. IL faut souligner également que 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, démuni, 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 caisse nationale des assurances sociales d'autre part. En égard aux modalités de financement des hôpitaux par la caisse nationale des assurances sociales, la contractualisation s'avère être la solution pour remédier à ce conflit. (Ziani & Ziani, 2021,P40)

La mise en place des Principes de la contractualisation avait commencé en 1993 entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé.

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. En Algérie, le thème de la contractualisation s'est limité à une seule forme , à savoir (une contractualisation de nature financière entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociales (OSS) .

5. Évaluation du système de santé Algérien

De ce qui précède, le budget de l'État a été jusqu'à présent le principal outil pour développer la capacité du système de santé, qui a atteint une allocation financière de 1150 milliards de DA en 2021 (Le séminaire national sur la modernisation du système de santé, 2022)

La politique de santé et en particulier le financement des dépenses de soins, se heurte actuellement à une crise profonde de régulation en

Algérie. Cette situation résulte d'une libéralisation forte et incontrôlable de la demande dans le cadre d'une très forte socialisation des dépenses, et de la libéralisation interne et externe de l'économie (OUFRIHA Fatimazohra, 2006, "P129)

C'est pourquoi il est si important de tenir compte les sources de financement du secteur de la santé comme l'un des indicateurs importants dans le diagnostic et l'évaluation du rendement de tout système de santé dans le monde. Ce financement est à l'origine constitué de sources publiques et semi-fiscales, c.-à-d. le budget de l'État et la contribution à la sécurité sociale.

En outre, en l'absence de procédures contractuelles entre les institutions de santé publique et les organismes de sécurité sociale, ces procédures ne sont toujours pas mises en œuvre conformément à des considérations purement administratives, sans tenir compte du nombre d'assurés bénéficiant de services de santé. La nature et le coût des services fournis n'ont pas non plus été déterminés, ils s'élevaient à 102 milliards de dinars algériens en 2021, Il convient de noter que la part de la contribution de l'État au financement a considérablement augmenté, passant de 34,2 % en 1987 à plus de 75 % en 2021. (Le séminaire national sur la modernisation du système de santé, 2022)

La forte centralisation de la gestion des établissements publics de santé qui s'est traduite par un mode de financement permettant le financement des structures et non pas de l'activité elle-même a eu pour résultats: (OUFRIHA Fatimazohra et collaborateurs, 2006,P133)

- Une baisse des rendements et de la qualité de prestations.
- Un désintéressement de la part des professionnels de la santé aux résultats d'activité vu que les salaires ne sont pas établis par rapport aux rendements effectués.
- L'abandon de toutes les procédures de suivi, d'évaluation et de contrôle des activités de soins.
- L'abandon de la tenue de toute forme de comptabilité analytique.
- Les établissements de santé sont dans une situation de consommateurs passifs de budget.
- Les lourdeurs liées à la procédure comptable imposée par les règles de la comptabilité publique.
- Une intervention pesante de l'administration de tutelle.

- Les dysfonctionnements récurrents sont liés au caractère bureaucratique des procédures en vigueur notamment en matière comptable.

- La marge de manœuvre des gestionnaires est très limitée et les rémunérations des personnels très peu motivantes en particulier depuis le développement du secteur privé qui constitue de plus en plus un attrait pour toutes les catégories de personnels médicaux et paramédicaux.

Deuxièmement : la nouvelle gestion publique dans les établissements publics de santé Algériens

Le système national de santé est appelé à s'inscrire dans la démarche de modernisation de la gestion publique adoptée par l'État et à passer à une gestion axée sur les résultats, évaluation des services publics basée sur des indicateurs de performance et efficacité dans la mesure de l'efficacité des programmes financés dans l'amélioration des soins de santé des citoyens.

1. l'organisation hospitalière et la bureaucratie professionnelle

L'idéal type de la bureaucratie professionnelle développé par Mintzberg (1979) reste un modèle de référence pour analyser l'organisation hospitalière. Il s'agit d'organisation au sein de laquelle la ligne hiérarchique est courte, principalement compte tenu du fait de l'asymétrie d'expertise entre l'administration « profane » des établissements et les médecins. Les unités de production, les services cliniques, sont autonomes, fortement spécialisées et segmentés par marché ou par technologie. Il y a peu de coopération entre les unités de production. L'appartenance à une même d'organisation est liée au besoin de partage d'équipements et de services logistiques communs.

Mintzberg (1979) utilise le terme de bureaucratie pour caractériser le travail des médecins. Pour lui, ceux-ci sont entraînés à apporter des réponses standardisées à des problèmes de santé, et s'efforcent d'ajuster les cas des malades à des routines de traitement. Du fait de cette spécialisation, les « cas » atypiques sont mal pris en charge, car il y a peu de coordination entre les différentes unités de production. L'hôpital évolue dans un environnement stable et amical, qui lui garantit un flux régulier de ressources et permet d'éviter les conflits entre unités de production en matière d'allocation et de partage des ressources. Le caractère bureaucratique de l'organisation hôpital est double : à la bureaucratie professionnelle se rajoute la bureaucratie administrative qui transmet en interne les règles et injonctions émanant

de la tutelle publique des hôpitaux .cette bureaucratie fonctionne de façon centralisée, descendante, et la ligne hiérarchique : les équipes de directions et les services administratifs couvrent un domaine de plus en plus large. Ils sont organisés de façon fonctionnelle, et assument à la fois un rôle de technocratie et un rôle hiérarchique (Gerard de Pourville, 2003,P209)

2. La notion de la Nouvelle gestion publique

La notion de new public management est apparue aux États-Unis, pour corriger un État dépensier et des agents publics jugés inefficients, cette méthode est alors présentée comme la recette miracle permettant de calquer le management du secteur public sur les impératifs de marché. (Bessière, 2019 ,P1)

Sur le plan théorique, l'approche associée au *New Public Management* trouve sa première formalisation dans l'ouvrage de David Osborne et Ted Gaebler, publié aux États-Unis en 1993, sous le titre « Reinventing Government : « How the Entrepreneurial Spirit is transforming the public sector » (Améziane, 2014.P8)

La nouvelle gestion publique (NGP) peut être définie comme un ensemble de pratiques et d'idées visant à importer dans le secteur public les méthodes de travail du secteur privé .(Belorgey, 2018 ,P671)

L'idée principale de la nouvelle gestion publique « NGP » est que le secteur public, organisé selon les principes de la bureaucratie webérienne, est inefficace, et qu'il est souhaitable de transposer dans le secteur public les méthodes de gestion du secteur privé. À la rigidité d'une administration bureaucratique centralisée, focalisée sur son propre développement, la NGP oppose un secteur public reposant sur les trois E « Économie, Efficacité, Efficience », capables de répondre à moindre coût aux attentes des citoyens, désormais devenus des clients. (Heaperan, 2012,P85)

3. La modernisation du système national de santé

La nouvelle loi de santé 2018 organise la nouvelle logique de modernisation , un management des organisations par objectifs, elle introduit une nouvelle dimension de la responsabilisation des établissements, et apparition de la notion de **contrat** , Ce contrat fixe les obligations des structures et des établissements publics de santé et prévoit les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés dans le schéma national d'organisation sanitaire (**SNOS**), En effet la loi oblige les hopitaux à établir des contrats et des projets de services dans le cadre de projet d'établissement (**art.301**). (Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé, 2018-07-02)

Le ministère de la santé a proposé de présenter le nouveau cadre de management hospitalier Algérien à partir de l'organisation d'un séminaire national sur la modernisation du système de santé sous le thème : (une nouvelle vision, un système moderne, un service aux patients).

Ce forum fait partie d'une série de séminaires que le gouvernement organise dans le cadre des grands chantiers de réformes structurelles que connaît le pays. En particulier ce forum organisé le **10 janvier 2022**. Au Centre international de conférences, Abdel Latif Rahal.

Dans ce contexte, le forum constitue une feuille de route pratique afin de l'incarner sur le terrain, notamment en ce qui concerne les mesures liées à la promotion et à la régulation de l'offre dans le domaine de soins afin d'améliorer la qualité des services et d'assurer la dignité des patients et du citoyen en général. il vise à initier concrètement une révision du système de santé en introduisant une réforme profonde et globale basée principalement sur la révision et la correction de la carte sanitaire en adoptant de nouvelles normes modernes qui prennent en compte les besoins réels de chaque région sur la base de données précises 'le diagnostic' et les données objectives liées au développement des maladies et des épidémies.

La réforme et la réhabilitation du système national de santé doivent être construites selon une vision stratégique et des piliers clairs, sans négliger les raisons de l'échec des projets de réforme antérieurs.

La concrétisation de la réforme du système national de santé reposera sur plusieurs piliers parmi ceux –ci : la gouvernance et l'organisation de l'offre de soins notamment l'élaboration de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, renforcer les capacités des structures de proximité, améliorer l'organisation et le fonctionnement des structures d'urgences ,ajuster les mesures d'activité au niveau du secteur privé en tant que partenaire du secteur public, et enfin développer un système d'information sanitaire efficace à travers l'introduction des technologies de l'information et de la communication. (Le séminaire national sur la modernisation du système de santé, 2022)

Troisièmement : La contractualisation interne dans les établissements publics de santé

Les hôpitaux sont confrontés à l'heure actuelle à de très fortes évolutions qui leur imposent de mieux maîtriser leur performance. Dans ce contexte la démarche contractuelle impulse une dynamique

managériale favorable à la recherche de la performance et de l'adaptation de la production aux besoins des populations.

1. La contractualisation outil de la nouvelle gestion publique dans les établissements publics de santé

Depuis longtemps, les hôpitaux publics sont des services déconcentrés du ministère de la santé. Le directeur de l'hôpital, les personnels sont nommés directement par le niveau central du Ministère de la Santé et les règles des finances publiques de l'état s'y appliquent. Ce modèle donne au niveau central le pouvoir de contrôler les pratiques hospitalières et l'allocation des fonds publics. Mais point n'est besoin d'insister sur les lourdeurs administratives qui en découlent et, finalement, sur l'inefficacité qui en résulte. (MALLEK, 2016,P27)

Concrètement, la NGP impose la mise en place de nouveaux instruments de pilotage et de supervision des activités des services publics dorénavant orientés sur l'efficacité et la performance. Parmi ceux-ci, **la contractualisation des relations entre le principal** (l'autorité politique) et l'agent (agence d'exécution) fait partie des outils inextricablement liés à la nouvelle gestion publique .(Béatrice Van Heaperan, 2012 ,P87)

Dans ce contexte, la contractualisation, permet à l'hôpital de donner un cadre formel aux relations qu'il développe avec ses interlocuteurs. Elle ouvre une série d'opportunité pour améliorer la performance hospitalière. (MALLEK, 2016,P27)

2. La notion de la contractualisation dans les établissements publics de santé

Le terme « contractualisation » s'est davantage répandu dans le domaine public pour désigner les accords entre l'état et ses appendices. 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. (LALLOUCHE, 2017,P377) C'est donc une alliance volontaire de partenaires indépendants. Le Code Civil définit le contrat comme "une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose". Les définitions de la contractualisation sont nombreuses, on proposera la suivante: 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". (CHEURFA &

KAID, 2014,P75) . Par ailleurs, la contractualisation se subdivisera en contractualisation externe et en contractualisation interne.

2.1 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 dispensés à leur clients. (LALLOUCHE, 2017, P377)

2.2 La contractualisation interne entre direction générale et pôles d'activités:

La contractualisation interne est présentée comme une étape nouvelle dans la gestion hospitalière. L'objectif clairement affiché est d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital dont l'organisation actuelle est supposée source d'inertie et de dysfonctionnements, alors que son environnement exige des qualités d'adaptabilité, d'innovation et d'efficience plus grandes. (Alexandra, 2002,P10)

Cet arrangement contractuel est inscrit:

Dans une logique de management participatif: Vise à rapprocher la décision de gestion au plus près des patients, selon le principe de subsidiarité. L'organisation pyramidale et unilatérale a montré des limites. Pour faire face à ce qui apparaît comme une menace, les décideurs hospitaliers veulent impliquer toutes les forces vives de leur établissement en les engageant à participer davantage à la gestion des moyens alloués et à la formalisation des objectifs. Parallèlement, cette volonté est entrée en cohérence avec le désir des professionnels de s'impliquer davantage dans les rouages de l'hôpital. (Jean Perrot, 2005,P109)

Dans la démarche qualité (amélioration continue): La contractualisation interne, dans sa logique de modernisation de gestion de l'hôpital, apparaît comme une démarche progressive dont l'état d'esprit et les outils apparaissent similaires à ceux de la démarche qualité car de même que dans la démarche qualité, la contractualisation interne:

–Pousse les acteurs hospitaliers à raisonner en termes de processus de prise en charge des patients et de moins en moins en terme de structure d'accueil. (Laurent, 2003,P26)

–S'appuie nécessairement sur le développement d'une logique d'évaluation des procédures et des résultats des actions lancées.

Dans le cadre de délégation: Par le contrat interne, les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur de l'hôpital. (Jean Perrot, 2005,P43). Le contrat est établi entre la direction et les différents services. Ce contrat définit les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat (OMS, 2004,P18)

3. La contractualisation interne et la modernisation de l'établissement public de santé Algérien.

En se référant à la nouvelle loi de santé 2018, (l'art.290) prévoit que: toute structure est tout établissement assurant un service public de santé, sont tenus d'élaborer **un projet d'établissement** et **un plan de démarche qualité** qui doivent s'inscrire dans les objectifs nationaux, régionaux ou locaux en matière de développement sanitaire.(Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé, 2018-07-02)

La bonne gouvernance permet un découpage de l'établissement de santé en pôle médicaux c'est à dire une nouvelle dynamique organisationnelle et une nouvelle dynamique médico-économique par la signature de contrat d'objectifs et de moyens internes entre le coordonnateur du pôle et la direction. Les acteurs ont ainsi une nouvelle marge de manoeuvre ,le directeur peut mieux répondre aux objectifs de la tutelle et développer des orientations qu'il souhaite mettre en oeuvre dans la limite des moyens disponibles .Les principaux points de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé se déclinent ainsi :(Gaudron, 2008,P10)

- Un conseil d'administration recentré sur la définition des orientations stratégiques et le contrôle de la mise en œuvre avec la partie d'évaluation

- La création d'un conseil exécutif composé de médecins élus et d'une partie de l'équipe de direction qui devient un organisme de pilotage pour l'élaboration et la mise en œuvre **du projet d'établissement** et du contrat d'objectifs et de moyens.

- La création des pôles d'activité reflétant la manière dont l'organisation répond à sa mission avec un coordonnateur élu et un conseil de pôle. le pôle doit contracter en interne avec le directeur de l'établissement et ce contrat explicite les objectifs d'activités, de qualité

et financier avec les moyens dont ils disposent, une évaluation est prévue via des indicateurs de suivi

le projet d'établissement selon le code de la santé publique français (article n°714-11) : « définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédical, de la gestion et du système d'information. Il comprend un projet social ». Il est la synthèse d'un processus de réflexion en interne avec les pôles et les instances avec la tutelle (Gaudron, 2008 .P24).

Le projet est l'expression finalisée d'une volonté d'ensemble, il permet à la fois de restructurer les modes d'action en cours et de décliner le contrat d'objectifs et de moyens. Il exprime une finalité partagée, un socle des projets individuels, catégoriels, départementaux ou transversaux qui le constitue, qu'on peut considérer comme une réponse organisationnelle plus ou moins cohérente. (BOUADI, 2015 ,P71)

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. (LALLOUCHE, 2017,P378)

Parmi les principales notes ministérielles relatives à la modernisation des établissements publics de santé et aux outils de gestion que cette dernière doit nécessairement utilisée et appliquée, on retrouve :(BOUADI, 2015,P100)

• **Note n° 01 du 16 Avril 2014**, relative à la mise en place du projet d'établissement hospitalier, du tableau de bord et des indicateurs de gestion¹⁸.

Ces instruments de pilotage et de gestion constituent la référence d'appréciation de toutes les mesures à lancer afin de consolider le plan d'activité et permettre aux gestionnaires de se doter de moyens de suivi et assurer une correction des activités programmées. Cela valorise les activités des gestionnaires ;

• **Note n° 06 du 08 janvier 2014**, relative au contrat d'objectifs et de réalisation des activités¹⁹, qui nécessite une exécution du contrat d'objectifs et de moyens auquel a souscrit l'organisation hospitalière avec une évaluation semestrielle des activités de santé des unités de cette dite organisation et l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat.

Quatrièmement: la contractualisation interne dans l'EHUO



Afin de compléter notre travail et d'approfondir notre étude, nous allons procéder à une enquête auprès de l'EHU 01 Novembre 1954 de la Wilaya d'Oran qui portera essentiellement sur la mise en œuvre de la contractualisation à son niveau.

Notre choix s'est porté sur l'EHUO pour son statut spécifique considéré comme modèle pilote par les autorités publiques pour la réforme du système de santé. Son statut spécifique lui confère une certaine autonomie que nous avons jugée suffisante pour qu'il puisse prendre part à des relations contractuelle avec les organismes de sécurité sociale et amorcer des contrats internes.

1. Présentation de l'établissement hospitalier universitaire d'oran

L'établissement hospitalier et universitaire d'Oran, ci-après dénommé par abréviation (EHU), est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, mis sous la tutelle administrative du ministère de la santé et sous la tutelle pédagogique du ministère de l'enseignement supérieur. L'EHUO est organisé en structures hospitalo-universitaires créées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. L'EHU d'Oran est administré par un Conseil d'administration et géré par un Directeur Général. (décret présidentiel n°03-270 du 13 Aout 2003 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran). Les travailleurs de l'établissement sont recrutés en qualité de contractuel conformément aux dispositions du code de travail. (Loi n°90-11 du 21 AVRIL relative aux relations de travail complétée et modifiée, 1990). La comptabilité de l'EHU d'Oran est tenue conformément aux dispositions du Système Comptable Financier SCF. (Loi n°07-11 du 25 Novembre 2007 Portant système comptable financier , 2007)

2. L'expérience de l'EHUO en matière de la contractualisation interne

L'EHUO a fait de l'organisation de ses activités médicales en pôles comme l'élément clé pour le développement de sa gouvernance clinique. Cette organisation répond aux orientations stratégiques de déconcentration en s'appuyant sur des objectifs d'activités et de qualités, fondés sur un projet partagé entre les équipes de soins, et déclinés dans le cadre d'un contrat d'objectifs visant à renforcer la sécurité des patients, la qualité des soins et le progrès de la médecine.

L'objectif de cette opération est de regrouper les services sur un projet partagé entre les équipes et faisant l'objet d'une allocation des ressources communes en vue d'atteindre certains objectifs de performances contractualisées sur l'activité ou la qualité des soins.
(MMESA, 20 AU 23 Nov 2016)

Méthodologie de l'enquête :

L'objet de notre enquête est de mettre le point sur la situation de la mise en œuvre de la contractualisation au niveau de l'établissement d'accueil

2.1. L'échantillonnage :

Pour bien mener notre enquête, nous avons choisi un échantillon de 90 individus du personnel de l'établissement. Nous nous sommes assurés de toucher toutes les catégories intervenantes dans la mise en œuvre de la contractualisation.

2.2. Confection du projet du questionnaire :

L'outil utilisé dans notre enquête est un questionnaire, nous avons choisi cet outil à cause de sa simplicité et de son efficacité dans l'obtention des résultats. La majorité des questions sont fermées avec quelque question ouvertes sur les propositions dans le but d'enrichir notre étude. Notre questionnaire est composé de quatre axes :

- Impacte de la contractualisation.
- Les avantages de la contractualisation interne
- Condition et mécanismes de mise en œuvre.
- Obstacles rencontrés.

2.3. La distribution des questionnaires :

Nous avons procédé à la distribution des 90 questionnaires :

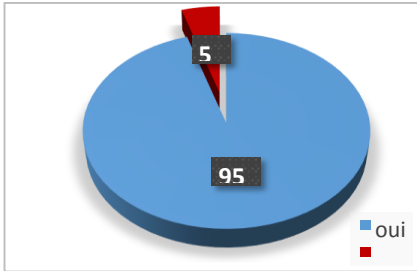
- De main à main au près des personnels de l'établissement, tout en leur expliquant l'objectif visé par le questionnaire, son contenu et notre engagement de garantir l'anonymat de leurs réponses.
- Par les biais de la direction des activités médicales et soignantes par bordaux avec accusé de réception pour les chefs de services...

2.4. Récupération du questionnaire :

Nous n'avons pas rencontré de difficultés majeures en ce qui concerne la récupération des questionnaires auprès des enquêtés. Nous avons distribué 90 questionnaires et nous avons récupéré 73 ce qui représente un taux de récupération de 81,11%.

3. Analyse et interprétation des résultats :

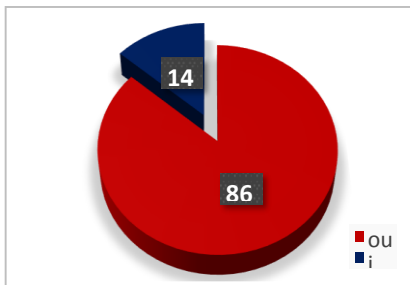
Figure n°1: Impacte de la mise en œuvre de la contractualisation à titre personnel



95% des enquêtés pensent que le fait d'adopter une démarche contractuelle pourra leur apporter des avantages par contre 5% ne sont pas de cet avis.

Source : Réalisée sur la base des résultats de l'enquête

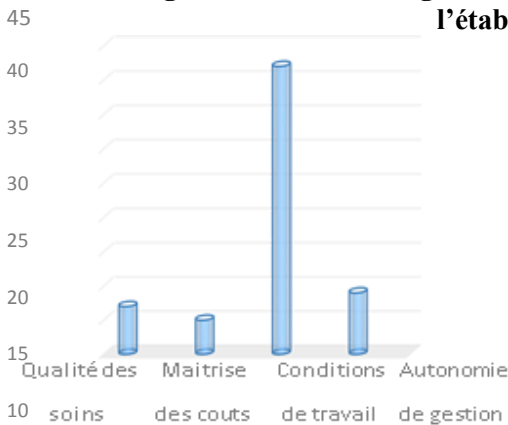
Figure n°2: Impacte de la mise en œuvre de la contractualisation pour l'établissement



86 % des enquêtés pensent que la mise en œuvre de la contractualisation aura des répercussions positives sur le fonctionnement de l'EHUO . En contrepartie 14% ne voient pas comment cela peut être bénéfique à l'établissement.

Source : Réalisée sur la base des résultats de l'enquête

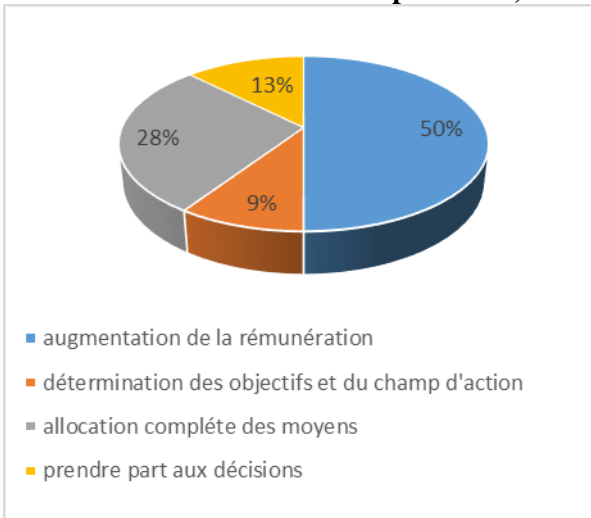
Figure n°3 : les avantages de la contractualisation interne (pour l'établissement)



Parmi les 69 travailleurs qui ont répondu par oui, 66,66% disent que la mise en œuvre de la contractualisation contribuera à la détermination des conditions de travail, 14,29% pensent qu'une telle démarche donnera un avantage d'autonomie à la gestion de l'établissement, 11,11% affirme que cela aidera à améliorer la qualité des soins et seulement 07,94% ont répondu que la contractualisation facilitera la maîtrise des coûts.

source : Réalisée par l'auteur sur la base des résultats de l'enquête

Figure n°4 : les avantages de la contractualisation interne (pour le personnel)

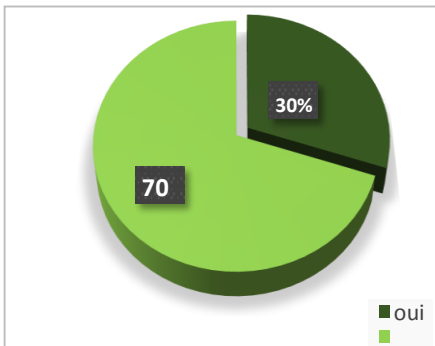


28% disent qu'elle leur permettra une allocation complète des moyens, **13%** affirme que la mise en œuvre de la contractualisation leur donnera l'opportunité de prendre part aux décisions et seulement **9%** voient que cette démarche participera à la détermination des objectifs et du champ d'action.

Source : réalisée sur la base des résultats de l'enquête

50% des travailleurs qui ont répondu par oui pensent que la contractualisation leur apportera une augmentation de la rémunération

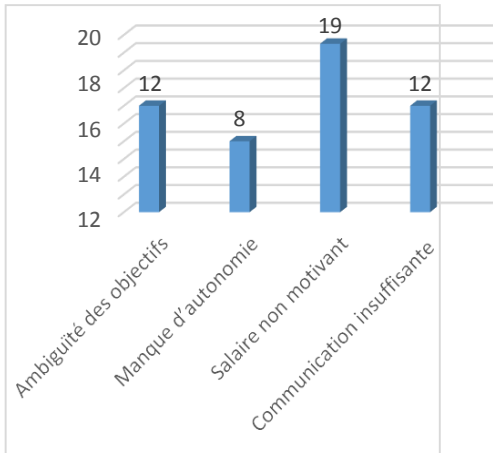
Figure n°5 : Conditions et mécanismes de mise en oeuvre :



Seulement **30%** des enquêtés déclarent qu'ils bénéficient des conditions favorables de travail contre **70%** qui affirme le contraire.

Source: Réalisée par l'auteur sur la base des résultats de l'enquête

Figure n°6: Les causes de conditions de travail défavorables:

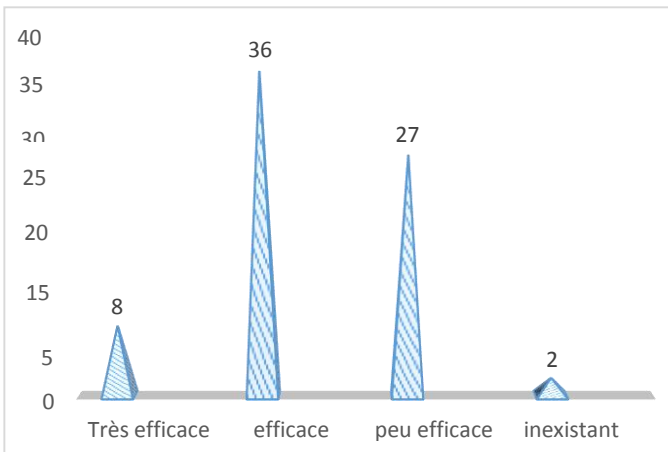


Parmi les 51 travailleurs qui ont affirmé qu'ils ne disposent pas des conditions de travail optimales pour accomplir leurs tâches, 23,53% d'entre eux ont renvoyé la cause à l'ambiguïté des objectifs, 15,69% ont répondu qu'il s'agit principalement de l'absence de délégation et d'autonomie. 23,53% renvoient cela à la communication est insuffisante ce qui influe négativement sur l'avancement du travail.

source : réalisé sur la base des résultats de l'enquête

L'absence de ces trois conditions signifie l'inexistence d'un cadre permettant l'application des relations contractuelles interne visant à transférer le pouvoir décisionnel aux chefs de services et d'impliquer le personnel opérationnel à la formation des objectifs et leur atteinte. Par contre, 37,25% résumant le problème dans le salaire. Ceci signifie leur désengagement à instaurer des relations contractuelles basées sur l'activité et l'objectif.

Figure n°7: L'efficacité du système d'information



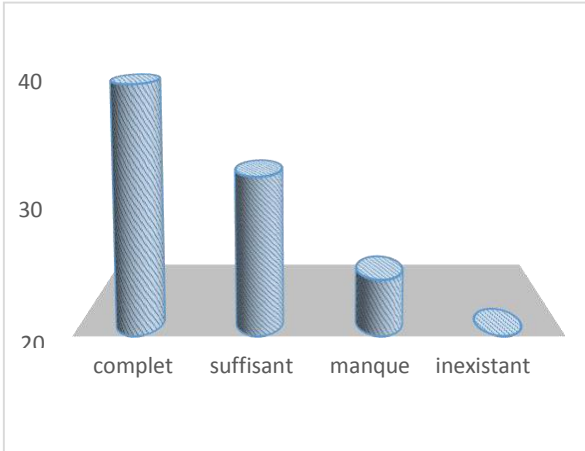
10,96% ont affirmé que le système d'information mis en place est très efficace, 49,32% témoignent qu'il est efficace. 36,99% ont répondu que le SI est peu efficace

2,74% ont répondu qu'il n'existe aucun système d'information au niveau de l'établissement

source: réalisé sur la base des résultats de l'enquête

Ces chiffres viennent justifier l'investissement colossal conduit par l'établissement les années précédentes en vue de la construction d'un réseau liant tous les services de l'établissement à une base de données fiable et réactive.

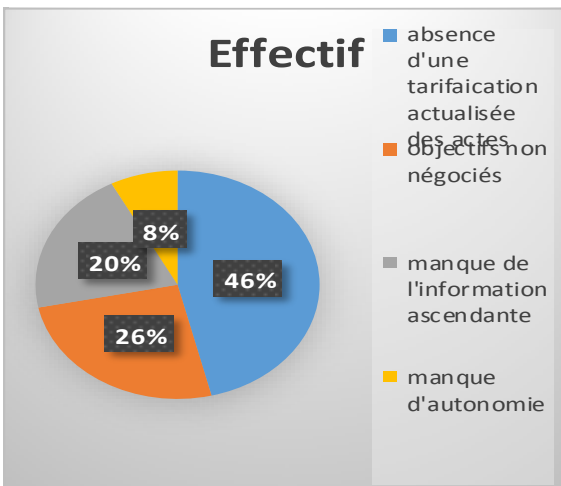
Figure n°8: L'efficacité du dossier électronique médicale mis en place



source : réalisé par l'auteur sur la base des résultats de l'enquête

A l'inverse des autres établissements publics de santé en Algérie utilisant le logiciel PATIENT, l'EHUO a mis en place le logiciel DxCare1 pour dématérialiser la gestion du dossier patient et remplacer le traditionnel dossier papier. Ce graphe nous démontre que la majorité des enquêtés considère que ce logiciel est complet et permet une dématérialisation de la gestion administrative du patient.

Figure n°9 : Obstacles rencontrés Pour les chefs de services

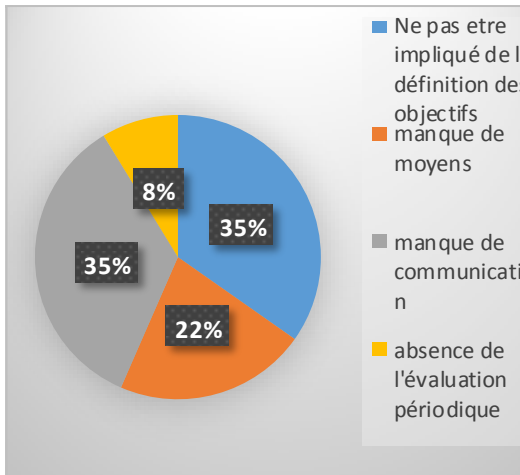


Source : réalisé par l'auteur sur la base des résultats de l'enquête

46% des enquêtés avouent avoir trouvé des difficultés lors de l'opération en qualifiant ceci comme le premier obstacle de mise en œuvre de la contractualisation

26% disent que ce travail ne peut être accompli sans que les objectifs ne soient négociés, 20% affirme que le problème réside dans le manque de communication et 8 % renvoient cela au manque d'autonomie.

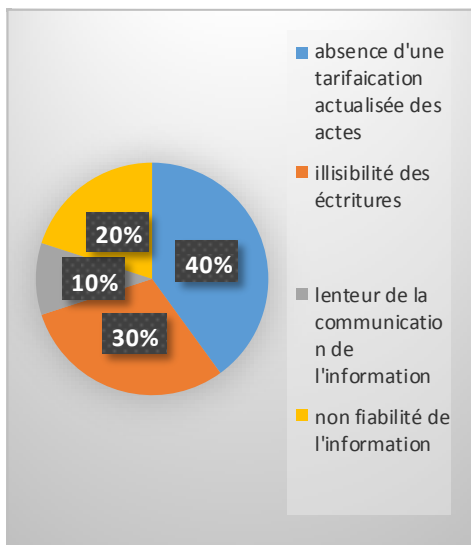
Figure n°10 : Obstacles rencontrés pour le personnel opérationnel



34,78% du personnel opérationnel échantillon de l'étude affirme qu'ils ne sont pas impliqués à la définition des objectifs, 21,74% réduisent le problème au manque de moyens, 34,78% affirme que cela est dû au manque de communication et seulement 8,70% revoient le problème à l'absence de l'évaluation périodique

Source : réalisé sur la base des résultats de l'enquête

Figure n°11 : Obstacles rencontrés pour les cadres administratifs



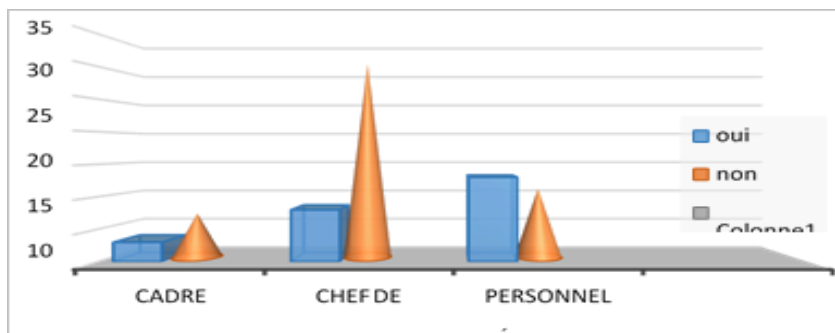
40% disent que l'obstacle réside dans l'absence d'une tarification actualisée des actes ce qui rend impossible une facturation appropriée de la prise en charge des patients.

30% ont évoqué le problème de l'écriture de plusieurs médecins n'est pas du tout lisible, ceci rend l'exploitation des données transcrites sur les fiches navettes et les fiches de consommation

Source : réalisé sur la base des résultats de l'enquête

10% citent la lenteur de la communication de l'information, en effet les fiche de consommation et les fiches navette ne parviennent au centre de calcul qu'après sortie du malade. Et enfin, 20% affirment que les informations contenues dans les supports manuels ne sont pas fiables. Ces conditions ne peuvent pas constituer un cadre permettant une facturation correcte de la prise en charge des patients.

Figure n°12 : La situation du calcul des coûts de la prise en charge des patients



Source : réalisé sur la base des résultats de l'enquête

L'EHUO a entamé une opération visant le calcul du coût de la prise en charge des patients comme travail préparatoire pour négocier un arrangement contractuel avec la sécurité sociale. Ce graphe nous donne une image claire sur la faible participation des personnels de l'établissement tous corps confondus à l'accomplissement de ce travail

Conclusion :

La contractualisation interne permet de déléguer les pouvoirs et de donner d'avantage d'autonomie aux services afin d'accomplir les tâches qui leurs sont assignées à travers des arrangements contractuel définissant les moyens mis en œuvre et les objectifs à atteindre.

Ceci confirme notre première hypothèse concernant l'impact positif de la contractualisation sur la gestion et l'activité des établissements public de santé.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête que nous avons mené auprès de L'EHU d'Oran révèlent que:

- La sensibilisation en matière de cette démarche est insuffisante.
- Les conditions de travail sont en majorité défavorables.
- Il n y a pas lieu d'une déconcentration du pouvoir décisionnel ce qui réduit l'autonomie et l'initiative
- L'activité des différents services n'est pas évaluée périodiquement.
- La communication est défailante entre les différents niveaux hiérarchiques.
- Le personnel n'est pas impliqué à la définition des objectifs, ce qui les rend abstraits et ambigus.

Ces constatations confirment notre deuxième hypothèse relative à l'inadaptation de l'organisation et l'indisponibilité des conditions au

niveau des établissements publics de santé à la mise en œuvre d'un mode contractuel.

Malgré les contraintes et les difficultés rencontrées, le processus mérite d'être poursuivi, approfondi et mieux coordonné. Certains aspects doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- Le partage des informations entre les différents partenaires.
- L'actualisation de la tarification des actes.
- L'évaluation systématique des activités et des coûts.
- La mise en applications des contrats d'objectifs et de moyens (ou de performance).
- Former et informer le personnel de santé impliqué.
- Élaborer un document de base pour la politique nationale de contractualisation.
- Passer d'un État interventionniste à un État régulateur.
- Assurer la continuité des réformes indépendamment des changements de gouvernementaux.

Références

1. Abdou, Y., & Brahamia, B. (2017). le système de santé Algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. (C. d. culturelle, Éd.) *revue Algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, pp. 1-18.
2. Alexandra, R. (2002). La contractualisation interne comme levier de modernisation de la gestion de l'hôpital. 95, pp. 4-95.
3. Améziane, F. (2014, Avril 28 et 29). impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation (regards croisés sur les bonnes pratiques internationales. pp. 1-16.
4. Béatrice Van Heaperan. (2012). Que sont les principes du new public management devenus ? (le cas de l'administration régionale wallonne). pp. 83-99.
5. Belorgey, N. (2018). Nouvelle gestion publique et professions hospitalières. *Saude Soc. São Paulo*, pp. 670-681.
6. Benkaci, Y. (2011). Rapport d'étape sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociales.
7. Bessiére, M. (2019). Les effets du new public management (VPM) dans le secteur public en France . pp. 1-5.
8. Béatrice, M. D. (1993). La protection sociale. pp. 553-556.

9. BOUADI, S. (2015). *Le projet d'établissement hospitalier ,un nouvel instrument au service du management hospitalier*. TIZI OUZOU.
10. Bruno, P. (2010). *la réforme des systèmes de santé* (Vol. 128). 6ème édition.
11. CHEURFA, T. N., & KAID, T. (2014). La contractualisation externe dans les hopitaux publics en Algérie: enjeux et perspectives. pp. 73-87.
12. Conseil national économique et social (CNES). (2006). *le développement humain*.
13. décret présidentiel n°03-270 du 13 Aout 2003 portant création,organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran . (s.d.).
14. Gaudron, P. (2008, Mai). A nouveau modèle hospitalier,nouveau manager , le cas de développement d'un management médico-économique pour la direction des établissements publics français. pp. 2-32.
15. Gerard de Pourville, J. T. (2003). *la contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics*, pp. 205-218.
16. Jean Perrot, E. d. (2005). le role de la contractualisation dans les systèmes de santé pour une utilisation efficace et appropriée. pp. 1-70.
17. Jean-Paul, S. (2000). La contractualisation à l'hopital. pp. 1-109.
18. LALLOUCHE, S. (2017). la contractualisation et l'évaluation : deux moyens nécessaires pour la réforme hospitalière. pp. 374-385.
19. Laurent, G. (2003). La contractualisation interne a -t-elle un avenir à l'hopital public? état des lieux et perspectives au regard de l'expérience du centre hospitalier Bloi. pp. 1-105.
20. Le séminaire national sur la modernisation du système de santé(une nouvelle vision,un système moderne ,un service aux patients. (2022). Ministère de la santé, Centre international de conférences, Abdel Latif Rahal , Alger.
21. Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé. (2018-07-02). *Journal officiel*, 2018-07-29, n° 46,, pp. 3-38.
22. Loi n°07-11 du 25 Novembre 2007 Portant système comptable financier . (2007).
23. Loi n°90-11 du 21 AVRIL relative aux relations de travail complétée et modifiée. (1990).

24. MALLEK, M. (2016). La contractualisation comme mécanisme de pilotage de la performance des hopitaux publics. *Revue études économiques*, pp. 13-33.
25. MMESA, I. è. (20 AU 23 Nov 2016). *Organisation en pôle expérience de l'EHU d'Oran* .
26. OMS. (2004). *Le role de la contratctualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé*. Genève.
27. OMS. (2010). *La santé dans le monde,le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. GENEVE.
28. OUFRIHA Fatimazohra et collaborateurs. (2006). un système de santé à la croisée des chemins.
29. SENNELLE, M. (2004-2005). les relations contractuelles entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires universitaires de Liège .
30. Ziani , L., & Ziani, F. (2021). la contractualisation dans le secteur de santé en Algérie:état des lieux et contraintes. *revue cahiers du poidex*, pp. 36-55.