

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA  
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, DES SCIENCES DE GESTION ET DES  
SCIENCES COMMERCIALES

Département des Sciences Economiques

## MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de Magister en Sciences Economiques

Option : **Economie de la Santé et Développement Durable**

*Thème*

**La contractualisation dans les systèmes de santé  
algérien et marocain :Etat des lieux**

Présenté par : **FOUDI Brahim**

Sous la direction de : **Dr. GUETTAF Lila**

### **Membres de jury :**

Présidente : Pr.KAID TLILANE Nouara, Université A/Mira de Béjaïa.

Rapporteur : Dr. GUETTAF Lila, Maître de conférences A, Université Ferhat Abbas de Sétif.

Examineur : Dr.HADDAD Zahir, Maître de conférences A, Université A/Mira de Béjaïa.

2011

## *Dédicaces*

*Je dédie ce travail à mes chers parents, mes frères et sœurs et à tous  
mes amis (es)*

## **Remerciements**

*Ce travail est le fruit d'un long processus d'apprentissage qui a bénéficié de la coopération de plusieurs personnes qui ont bien aimé me soutenir. Toutes ces bonnes volontés méritent d'être gratifiées.*

*Je tiens d'abord à remercier vivement ma directrice de mémoire **Dr. GUETTAF Lila** pour sa disponibilité, ses précieux conseils et qui m'a toujours encouragé et manifesté sa confiance dans mes réflexions et mes analyses tout au long de ce travail.*

*Dans le même sillage, je voudrais aussi exprimer ma profonde reconnaissance à Madame le Professeur **KAID TLILANE Nouara** (responsable de la formation : Economie de la santé et développement durable) d'avoir répondu toujours favorablement à nos appels et à nos interrogations.*

*Mes remerciements vont également aux membres de jury, à savoir le **Dr. HADDAD Zahir** et le **Pr. KAID TLILANE Nouara**, qui m'ont fait l'honneur d'évaluer et de critiquer objectivement ce travail. Leurs pertinentes remarques sont des véritables clés de l'amélioration de la qualité de ce travail*

*Enfin, je remercie tous ceux qui ont contribué, directement ou indirectement, à rendre cette ambition réalité et que je n'ai pas pu citer nommément.*

# **Sommaire**

## **INTRODUCTION GENERALE**

### **CHAPITRE I : FONDEMENTS THEORIQUES ET CONCEPTUELS DE LA CONTRACTUALISATION**

#### **Introduction**

- I. Fondements théoriques de La contractualisation**
- II. La logique de la contractualisation**
- III. Typologie des relations contractuelles**

#### **Conclusion**

### **CHAPITRE II : LE CADRE OPERATIONNEL DE LA CONTRACTUALISATION**

#### **Introduction**

- I. La mise en œuvre d'une relation contractuelle**
- II. La politique nationale de sante et la politique contractuelle**
- III. Elaboration d'un document d'une politique contractuelle et évaluation de la contractualisation**

#### **Conclusion**

### **CHAPITRE III : LES SYSTEMES DE SANTE ALGERIEN ET MAROCAIN**

#### **Introduction**

- I. Quelques notions sur les systèmes de sante**
- II. Le système de sante marocain**
- III. Le système de sante algérien**

#### **Conclusion**

## **CHAPITRE IV : LA CONTRACTUALISATION EN ALGERIE ET AU MAROC**

### **Introduction**

**I. La contractualisation en algérien**

**II. La contractualisation au Maroc**

**III. Quelques points de comparaison**

### **Conclusion**

## **CONCLUSION GENERALE**

### **ANNEXES**

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**LISTES DES TABLEAUX, DES FIGURES ET SCHEMAS**

**TABLE DES MATIERES**

**RESUMES**

## Liste des abréviations

<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>ANRFS</b>	Agence Nationale de la Régulation du Financement des Soins
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>BP</b>	Budget-Programme
<b>CHU</b>	Centre Hospitalo-universitaire
<b>CL</b>	Collectivités Locales
<b>CNAS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Sociale
<b>CNOM</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecin
<b>CNOPS</b>	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CP</b>	Contrat Plan
<b>CRM</b>	Croissant Rouge Marocain
<b>CS</b>	Carte Sanitaire
<b>DGSS</b>	Direction Générale de la Sécurité Sociale.
<b>EEP</b>	Entreprise et Etablissement public
<b>ENMGSP</b>	L'Ecole Nationale du Management et de Gestion de la santé publique.
<b>EP</b>	Entreprise Privé
<b>ESPA</b>	Ecole des Sciences Paramédicales Appliquées
<b>FPP</b>	Forfait Par Pathologie
<b>GHS</b>	Groupe Homogène de Spécialité
<b>HTA</b>	Hyper Tension Artérielle
<b>IB</b>	Initiative de Bamako
<b>MCV</b>	Maladies Cardio- vasculaires
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>MSN</b>	Ministère de la Solidarité Nationale.
<b>MSPRH</b>	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
<b>MTSS</b>	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale.
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PEH</b>	Projet de l'Etablissement Hospitalière

<b>PFSS</b>	Projet de Financement et de Gestion des Services de Santé
<b>PGC</b>	Politique Globale de Contractualisation
<b>PIB</b>	Production Intérieure Brut
<b>PMJH</b>	Prix Moyen de la Journée d'Hospitalisation
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPR</b>	Paierie Principale des Rémunérations
<b>PSC</b>	Politique Spécifique de Contractualisation
<b>RAMED</b>	Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis
<b>RC</b>	Relation Contractuelle
<b>RSSB</b>	Réseau de Soins de Santé de Base
<b>SEGMA</b>	Service d'Etat Géré d'une Manière Autonome
<b>SROS</b>	Système Régional d'Organisation Sanitaire
<b>SSB</b>	Centre de Santé de Base
<b>TA</b>	Théorie de l'Agence
<b>TCT</b>	Théorie des Coûts de Transaction

# INTRODUCTION GENERALE

## **INTRODUCTION GENERALE**

Le recours à la contractualisation 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<sup>1</sup>. 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.

Au début des années quatre-vingt, sous l'effet des crises financières qui ont provoqué une contraction drastique des moyens de financement, conjugué éventuellement aux nombreux problèmes d'organisation, les systèmes de santé des PVD ont plongé dans une spirale de dégradation de la qualité des services de santé. Cette situation, accompagnée par la nouvelle tendance à libéralisation des systèmes de santé<sup>2</sup>, a ainsi favorisé l'émergence d'acteurs privés. Ces derniers sont spécialisés dans des fonctions bien précises du système de santé ; ils fournissent généralement des services de meilleure qualité comparativement au secteur public, mais avec des prix beaucoup plus élevés<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> Beaucoup d'expériences ont été développées au Mali, Tchad, Burkina-Faso, Algérie, Maroc ...

<sup>2</sup> Suit à l'initiative de Bamako, qui encourage la libéralisation des systèmes de santé.

<sup>3</sup> Le secteur privé applique des prix qui représentent le coût réel de la prestation. Dans le secteur public, par contre, le patient ne paye que le montant du ticket modérateur.

mutations au niveau de la structure et du fonctionnement des systèmes de santé. Ces réformes suivent généralement deux principales logiques<sup>4</sup> :

La première logique repose essentiellement sur le **principe de la recomposition institutionnelle**. Ce dernier englobe un certain nombre de démarche telles que :

- *La décentralisation* : Elle se traduit par une hiérarchisation du système de santé en trois niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire (régional) et un niveau local. En déléguant une part de responsabilité et un pouvoir décisionnel aux responsables locaux du ministère de la santé, cette démarche permet à ces derniers de participer plus activement à la prise de décision.
- *L'autonomie* : Elle permet aux prestataires publics<sup>5</sup> d'être dotés d'une personnalité morale de droit public ; ils assument une mission du service public et disposent de l'autonomie administrative et financière. Leur statut juridique spécifique a pour but de responsabiliser ces structures en les incitant à améliorer la qualité des services rendus.
- *La spécialisation* : C'est la séparation entre les instances de financement et les instances de prestation des services de santé. Cette mesure permet de créer des quasi-marchés, où il y a une certaine concurrence entre les acteurs.
- *Elargissement des options de financement de la santé* : Elle permet de faire recours à d'autres solutions de financement pour remédier au problème de l'insuffisance des ressources.
- *La privatisation* : Elle signifie le transfert de propriété du public vers privé. Elle traduit le souhait de l'Etat de se désengager de ses missions de prestation et de financement pour se focaliser sur celles de contrôle et de régulation.

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

---

<sup>4</sup> Lamri L. : « *La contractualisation en Algérie : état des lieux* », cours présenté à l'université de Béjaïa. En faveur des étudiants en première année PGen *Economie de la Santé*, 2008.

<sup>5</sup> Quelques structures au Maroc sont dotées de cette autonomie comme les hôpitaux SEGMA (Services Etatiques Gérés d'une Manière Autonome).

encore insuffisamment performants <sup>6</sup>. Ils souffrent en effet de multiples problèmes, notamment :

- Au niveau de la qualité des prestations :

La dégradation de la qualité des services (files d'attente, mauvaises conditions d'accueil des patients – notamment aux urgences, inégalités géographiques d'accès aux services de soins, etc.) et les dysfonctionnements qui caractérisent les établissements de soins publics (manque de personnels soignant – notamment les spécialistes, dégradation de l'état du matériel – aggravée par un défaut de maintenance, etc.).

- Au niveau du financement :

La contrainte de financement est de plus en plus problématique : insuffisance de la part du budget de l'Etat alloué à la santé, manque d'alternatives de financement, manque d'efficacité, de transparence et de traçabilité dans l'affectation des moyens de financement.

La mise en œuvre du principe de **recomposition institutionnel** était loin de tenir toutes ses promesses. Ainsi, d'importants dysfonctionnements persistent encore ! 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

---

<sup>6</sup> Kaddar M. : « *Les réformes des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : contexte, succès et défis actuels* », communication présentée au 1<sup>er</sup> colloque international sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement, Béjaïa 13-15 novembre 2006.

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'OMS invite les pays membre à introduire la contractualisation dans leurs réformes ; elle insiste sur le respect des termes de son modèle de référence. Pour cela, elle a encadré plusieurs expériences de contractualisation dans beaucoup de pays en développement (Mali, Tchad, Burkina-Faso, ...)<sup>7</sup>.

L'Algérie et le Maroc, comme tous 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<sup>8</sup>. Par la suite, plusieurs expériences sont engagées. Mais l'application et le déroulement de ces expériences varie 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 ?**

Pour expliciter davantage cette problématique, d'autres questions méritent réflexion, à savoir :

- Quel est le cadre normatif de la contractualisation ? Autrement dit, comment devrait-elle être conçue ?
- La contractualisation, comme axe stratégique de réforme, est-elle adaptée aux contextes socioéconomiques et organisationnels des systèmes de santé de ces pays ?

---

<sup>7</sup> Il s'agit d'un encadrement technique par des experts spécialisés dans la contractualisation.

<sup>8</sup> Les lois de finance depuis 1992, instruction N° 15 (2001) instituant le calcul des coûts à l'hôpital, décret exécutif N° 04-101 du 1<sup>er</sup> avril 2004. Et beaucoup d'autre.

- Quelles sont les obstacles qui entravent le bon déroulement des relations contractuelles dans le cas algérien ?
- Comment inscrire la contractualisation dans une démarche globale et systémique, la seule garante d'une intégration efficace de la contractualisation au système de santé ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons construit notre réflexion en se basant sur les hypothèses suivantes :

- Pour maîtriser la contractualisation, il est important de suivre le modèle conçu par l'OMS.
- L'émergence de nouveaux acteurs (publics et privés) dans le secteur de la santé, leur degré de spécialisation et la volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé, nécessitent le recours à la contractualisation.
- L'absence d'un cadre systémique et d'une vision globale de la contractualisation réduit le potentiel d'efficacité de la réforme.
- L'absence d'une volonté politique et la faible concertation entre les acteurs peuvent freiner la mise en œuvre de la contractualisation.

Notre démarche consiste, en premier lieu, à synthétiser le cadre normatif de la contractualisation conçue par l'OMS. Nous nous baserons sur les éléments qu'il faut prendre en compte pour réussir la mise en œuvre de cet outil. En second lieu, nous tenterons de mettre en valeur les différentes étapes de la mise en place de la contractualisation et les entraves qui peuvent bloquer ce projet, et ce en référence à l'expérience algérienne. Pour montrer la grande diversité des domaines d'application, nous évoquerons le cas marocain. Enfin, pour monter les insuffisances dans les modalités d'application de la contractualisation en Algérie et au Maroc, nous essayerons de développer deux volets de comparaison : le premier consiste à comparer les états d'avancements de la mise en œuvre de la contractualisation dans les deux

pays ; le deuxième est consacré à la comparaison des modalités d'application de la contractualisation avec le cadre normatif de l'OMS.

Pour mener à terme notre travail, nous avons adopté une méthodologie basée sur les éléments suivants :

Pour le cadre théorique, nous avons opté pour la consultation d'ouvrages : des ouvrages de référence qui traitent directement du sujet et des ouvrages généraux qui développent les principales théories et concepts en rapport avec cette thématique. Pour cela, plusieurs bibliothèques universitaires ont été visitées, à savoir celles d'Alger, de Constantine, de Sétif et de Tizi-Ouzou. Cependant, la « nouveauté » de l'Economie de la Santé en Algérie et la « jeunesse » de la réforme de la contractualisation induisent un manque flagrant de documentation spécialisée, qui est bien le principal obstacle méthodologique de cette étude. Pour y remédier, nous avons recouru à des Thèses, à des Rapports, à des Communications, etc.

Quant au diagnostic de l'état des lieux, nécessaire à l'appréhension de la réalité de la contractualisation, plusieurs organismes ont été sollicités à savoir :

- ✓ Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).
- ✓ Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MTSS).
- ✓ Le Ministère de la Solidarité Nationale (MSN).
- ✓ La Direction Générale de la Sécurité Sociale (DGSS).
- ✓ L'Ecole Nationale du Management et de Gestion de la santé publique (ENMGSP)
- ✓ La direction de la sécurité sociale de la wilaya de Bejaïa.

Les difficultés d'accès à l'information au sein de tous ces organismes et l'insuffisante volonté de coopération de certains responsables, constituent le deuxième obstacle méthodologique. Cette méfiance est peut-être justifiée par le non-achèvement de cette réforme et l'absence d'évaluation post réforme.

Les données relatives au cas marocain ont été collectées principalement sur des sites Internet.

Nous avons structuré notre travail en quatre chapitres :

**Le premier chapitre** traite du cadre conceptuel et théorique de la contractualisation. Plus concrètement, on développera les principales théories sous-jacentes, avant de retracer l'historique de la contractualisation dans les pays en voie de développement. Enfin, nous

montrons la grande diversité des possibilités d'application, et ce en évoquant la typologie de la contractualisation.

**Le deuxième chapitre** présente le cadre opérationnel de la contractualisation. Plus concrètement, nous précisons les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle. Par la suite, nous exposons l'importance du lien entre la politique nationale de santé et la politique nationale de contractualisation. Enfin, vue l'importance de la politique nationale de contractualisation, nous finirons par une discussion sur les étapes de son élaboration.

Pour donner une idée sur le contexte dans lequel la contractualisation est appliquée, une analyse des systèmes de santé des pays (Algérie, Maroc) sera développée dans **le troisième chapitre**, et ce en mettant en évidence l'offre de soins, le financement, les réformes engagées, etc.

**Le quatrième chapitre** sera réservé à l'étude de la contractualisation dans les deux pays. Avec le cas algérien, nous essayons de montrer la logique de la contractualisation, les étapes de sa mise en place et les difficultés qui peuvent empêcher le bon déroulement de ce projet. L'étude de cas marocain consiste à montrer la grande diversité des domaines d'application de cette réforme dans le système de santé. Enfin, nous tenterons de faire une comparaison entre le cas des pays étudiés et le cadre normatif conçu par l'OMS, et ce pour diagnostiquer les déficiences dans la mise en application. Ce qui nous permettra de répondre à notre problématique et de dégager des éléments de recommandation.

CHAPITRE I :

FONDEMENTS  
THEORIQUES ET  
CONCEPTUELS DE LA  
CONTRACTUALISATION

## CHAPITRE I : FONDEMENTS THEORIQUES ET CONCEPTUELS DE LA CONTRACTUALISATION

### Introduction

D'après l'OMS « le rapport sur la santé dans le monde 2000 »<sup>9</sup>, les systèmes de santé des pays en développement sont toujours insuffisamment performants, la recherche donc d'une meilleure façon de les réorganiser constitue l'objet de profondes réformes engagées dans ce sens depuis plusieurs années.

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, ...)

Dans le présent chapitre, nous présenterons, dans une première section, les fondements théoriques de la contractualisation : La théorie de l'agence (TA) et la théorie des coûts de transaction (TCT), et leur apport à la logique de la contractualisation.

Dans une deuxième section, nous essaierons de retracer l'histoire de la contractualisation, l'enchaînement des événements et les réformes qui ont précédé la réflexion sur cette nouvelle logique de réforme. Par la suite, nous détaillons le concept lui-même.

Pour montrer la complexité des relations contractuelles, nous développerons les typologies des relations contractuelles<sup>10</sup> en donnant un exemple d'une expérience menée dans l'un des pays en développement.

---

<sup>9</sup> OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant », 2000.p65.

<sup>10</sup> Une typologie définie par l'OMS.

## I. FONDEMENTS THEORIQUES DE LA CONTRACTUALISATION

L'approche contractuelle appliquée dans le domaine de la santé est issue de la théorie économique néolibérale<sup>11</sup> notamment dans son approche néo-institutionnelle<sup>12</sup> : une approche qui met l'accent sur le rôle des organisations et s'attaque à l'analyse des multiples formes de coordination en comparant leurs degrés d'efficacité. Mais, à la différence de l'analyse néo-classique habituelle, qui met l'accent sur les relations à travers un système de prix «le marché», l'approche néo-institutionnaliste s'intéresse aux rapports bilatéraux de type contractuel.

Cette approche dérive plus ou moins directement de ce que FAVEREAU.O<sup>13</sup> qualifie de théorie standard élargie<sup>14</sup> ; ce volet de la théorie économique regroupe un ensemble de travaux que l'on pourrait qualifier de post-Coasiens : cette approche considère que l'échange efficace n'est pas forcément marchand et que le marché, comme moyen d'allocation des ressources, est une alternative à l'organisation, conçue par ailleurs comme un ensemble de contrats. La politique contractuelle est issue de cette théorie.

Dans le domaine de la santé, le problème de la gouvernance se pose aussi. Les échecs subis par les tentatives de mise en œuvre de l'initiative de Bamako ont montré la nécessité de rechercher une troisième voie ; entre L'Etatisation complète du secteur sanitaire (modèle d'Alma-Ata) et sa libéralisation (modèle de l'Initiative de Bamako 'IB').

Les acteurs amenés à intervenir dans le champ de la santé se sont diversifiés et leur nombre a augmenté. Il s'agit donc de trouver l'arrangement institutionnel propre à assurer la « bonne gouvernance<sup>15</sup> » du secteur sanitaire. Et c'est tout *naturellement* dans la littérature développée par les néo-institutionnalistes qu'il faut se plonger pour mieux déceler une explication capable de fournir une interprétation aux stratégies coopératives à l'instar de la contractualisation.

---

<sup>11</sup> Un courant de pensée économique apparu au milieu des années soixante-dix (son représentant le plus connu est Williamson O).

<sup>12</sup> Cette tendance affichée dès le rapport sur le développement dans le monde de 1997, est réaffirmée dans celui de 2002 de la Banque Mondiale.

<sup>13</sup> Favereau O est un économiste français né en 1945 à Paris,

<sup>14</sup> La théorie standard élargie est le prolongement de la théorie des conventions.

<sup>15</sup> Selon Lamy P, la gouvernance est « l'ensemble des transactions par lesquelles des règles collectives sont élaborées, décidées, légitimées, mises en œuvre et contrôlées ». Pour Perez R, la gouvernance est « un dispositif impliquant à la fois des institutions, des relations, des règles et des comportements ».

Pour cela, nous devons mettre la lumière sur deux branches de la théorie néo-institutionnaliste qui sont respectivement l'économie des coûts de transaction due à Coase<sup>16</sup> et Williamson<sup>17</sup>, et la théorie de l'Agence de Jensen<sup>18</sup> et Meckling<sup>19</sup>. Ce choix se trouve justifié par le fait que ces deux branches de l'analyse néo-institutionnelle fondent, depuis le milieu des années 90, la plupart des recommandations de politique économique d'organisations internationales de promotion du développement, telle que la Banque Mondiale.

## **I. La théorie de l'agence**

Parmi les cadres majeurs de l'analyse des formes d'organisation économique, on distingue particulièrement la « théorie de l'agence » qui focalise son analyse sur des relations interindividuelles. Elle cherche les principes sur lesquels sont fondées ces dernières et elle vise à détecter les problèmes qu'elles peuvent provoquer. Dans cette partie nous tenterons de montrer l'intérêt de cette théorie sur l'approche contractuelle dans un domaine spécifique qui est celui de la santé.

### **1.1. Le fondement de la théorie de l'agence**

En 1976, Jensen et Meckling définissent la relation d'agence comme « un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (*le principal*) engage une autre personne (*l'agent*) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de

---

<sup>16</sup> Coase R H, économiste britannique né en 1910. Il a eu le prix Nobel d'économie en 1991 avec son article « *The nature of the firme* ». Il est l'un des premiers économistes, à s'être intéressé aux échanges qui ont lieu en dehors du marché.

décision à l'agent) »<sup>20</sup>. D'autres auteurs, à l'instar de Charreaux<sup>21</sup>, (1985), considèrent que toute relation de partenariat ou de coopération entre deux individus est une relation d'agence. Dans cette relation, on repère deux acteurs : Le premier est appelé « *agent* », celui qui agit (prendre en charge la tâche d'une autre personne qui ne peut pas ou qui ne veut pas l'assurer lui même). Le deuxième est le « *principal* », est celui qui délègue la responsabilité d'exécuter une tâche pour un autre agent. La distinction entre les deux se fait sur la base de l'information : généralement, l'agent détient une information à laquelle le principal ne peut pas accéder gratuitement (information coûteuse).

La logique de l'approche contractuelle dans le domaine de la santé s'inscrit dans cette optique, du fait que chaque acteur opérant sur le champ de la santé est mené à formuler des relations avec les autres acteurs à l'aide des contrats basés généralement sur la délégation d'une partie de leur pouvoir décisionnel dans une situation caractérisée par une information incomplète ou asymétrique.

## 1.2. Les problèmes auxquels s'intéresse la théorie de l'agence

Dans la mise en œuvre d'une relation entre deux ou même plusieurs acteurs, beaucoup de problèmes émergent. D'une part, du fait que les intérêts sont divergents, puisque chaque contractant cherche à maximiser son profit personnel, et d'autre part, à cause de l'inégale répartition de l'information entre les acteurs du système de santé.

Dans l'analyse de la relation d'agence, on distingue généralement trois situations problématiques qui peuvent se produire à savoir : le risque moral, la sélection adverse et l'information asymétrique.

### 1.2.1. Le risque moral <sup>22</sup>

Le risque moral persiste même en présence d'un contrat encadrant et définissant les droits et les obligations de chaque partie. Cette situation est traduite par le fait que le principal ne peut pas contrôler le comportement réel de son agent. Lorsque le principal n'a pas accès à une

---

<sup>20</sup> Perrot J, De Roodenbeke E. : « *La contractualisation dans les systèmes de santé, pour une utilisation efficace et appropriée* » ; ed. KARTHALA ; 2005 ; p 504.

<sup>21</sup> Charreaux J, dans son article « *La théorie positive de l'agence : positionnement et aspects* » décembre 1999.

<sup>22</sup> Mougeot M. : « *Système de santé et concurrence* » éd. ECONOMICA, Paris 1994.p45.

information complète relative au comportement de son agent, ce dernier peut s'acquitter d'une proportion indue, du bénéfice réalisé sur leur relation.

L'exemple le plus illustratif qui peut montrer fidèlement ce problème est celui d'un contrat d'assurance maladie ; entre l'assureur (principal) et l'assuré (agent) dont le premier ne détient pas une information suffisante relative au comportement de l'assuré et que ce dernier peut négliger les mesures de prévention qui peuvent augmenter la probabilité de la survenance du risque de fait qu'il n'est pas incité à prendre des mesures de prévention, puisqu'il est assuré. Ce comportement de (non prévention) de l'agent a des effets négatifs sur leur relation contractuelle. En effet, il peut être l'origine de plusieurs mésententes entre les deux parties qui perturbent cet arrangement et qui augmente sensiblement les coûts de cette transaction.

### **1.2.2. La sélection adverse <sup>23</sup>**

« Il y a sélection adverse sur un marché lorsque l'asymétrie d'information conduit à éliminer les produits et /ou les agents économiques de meilleure qualité »<sup>24</sup>

C'est la situation où le principal ne détient pas une information suffisante (complète) sur la nature de l'objet à échanger. L'agent alors profite de son avantage d'accès à l'information afin de s'approprier d'une part plus importante du gain mutuel à partager selon les clauses du contrat.

L'exemple susceptible à illustrer ce problème est celui du patient (principal) et le médecin (agent) qui manipule l'information qui détient sur la maladie du patient qui représente l'objet à échanger en l'occurrence, en multipliant les actes thérapeutiques qui va pratiquer dans le but de maximiser son revenu, s'il est payé à l'acte.

La sélection adverse conduira alors à une relation d'échange de mauvaise qualité.

### **1.2.3. L'asymétrie d'information**

Dans toutes les relations de type bilatéral (dans une situation d'un contrat), il y a une asymétrie d'information. Cela est vérifié lorsque un agent économique dénommé « agent » détient plus d'information sur l'objet de la transaction par rapport à un autre agent

---

<sup>23</sup> Appelée aussi « Anti sélection » développée par G.A. Akerlof en emportant son prix Nobel d'économie en 2001.

<sup>24</sup> Beitone.A, Cazorla.A, dollo.Ch, Draï.A.M. : « Dictionnaire des sciences économiques », éd ARMMAND COLIN. 2007. p18.

économique appelé « principal ». Par exemple, dans le cadre d'un contrat de travail, l'employeur ne détient pas toute l'information sur le comportement et les vraies compétences de son nouveau recruté. C'est pour cela qu'on parle parfois d'incomplétude du contrat du travail.

### 1.3. Les objectifs de la théorie de l'agence

L'objectif principal de la théorie de l'agence consiste à expliquer les différentes caractéristiques de la relation qui existent entre les acteurs impliqués dans une relation contractuelle, et chercher à optimiser les résultats tirés de leurs accords. Du fait, il faut savoir comment ces rapports contractuels sont établis et comment devrait être conçus.

Selon l'analyse de la théorie de l'agence, deux facteurs peuvent être des obstacles à la conclusion d'un contrat complet. ils sont liés aux comportements des individus représentés par la rationalité maximisation des individus et leur égoïsme ou leur opportunisme<sup>25</sup>.

Ces deux postulats comportementaux sont considérés comme des obstacles à la formalisation d'un contrat complet<sup>26</sup> car les individus cherchent toujours à maximiser leurs propres satisfactions sans considération pour l'intérêt général, ils visent à atteindre leurs propres objectifs qui ne correspondent pas forcément aux objectifs des autres individus. Ceci permet de déduire que, dans une relation contractuelle, les intérêts de chacun ont beaucoup de chances d'être au moins en partie divergentes.

Si on prend l'exemple du domaine de la santé, les intérêts du médecin (libéral) et du patient sont trop divergents ; le médecin cherche à maximiser son revenu en multipliant les actes qu'il pratique, alors que l'intérêt du patient consiste à regagner sa santé dans un laps de temps très réduit.

Pour ces raisons et pour des raisons d'asymétrie d'information, ce type de relation donne lieu à des risques de litiges entre les deux parties.

Pour la théorie de l'agence, le contrat est là pour définir clairement les obligations du principal et de l'agent. Toute la question est de savoir donc, ce qu'est un bon contrat ? C'est une question centrale et importante car, dans le cas d'une relation d'agence c'est la forme du contrat qui détermine la bonne exécution des obligations des deux parties. Il y aura donc

---

<sup>25</sup> Minard C. : « Economie des organisations », éd LA DECOUVERTE, Paris, 2004. p55.

<sup>26</sup> Op.cit

moins de risque de friction entre les parties ce qui réduit considérablement les coûts de cet arrangement.

Le but ultime de la théorie de l'agence consiste à rechercher la forme la plus efficiente du contrat. Un contrat qui limite au maximum possible les divergences d'intérêts entre les différentes parties à travers la mise en place d'un système d'incitation et de surveillance. Mais encore, la mise en place de ces systèmes engendre des coûts qui sont les suivants :

### **1.3.1. Les coûts d'agence<sup>27</sup>**

Ce sont des coûts monétaires et non monétaires qui sont à la charge des deux parties du fait de la nécessité de mettre en place des systèmes d'incitations, d'obligation et de contrôle. Ils sont de deux types :

#### **1.3.1.1. Les coûts de surveillance et d'incitation**

Ce sont des coûts à la charge du principal, leur but est d'inciter l'agent à dévoiler son vrai comportement et toute l'information qu'il détient sur l'objet de la transaction. Plus précisément, ce sont les primes qui encouragent l'agent à coopérer avec le principal. Dans le cas où, par exemple, un Hôpital délègue le service de la restauration pour un opérateur privé, cet Hôpital doit s'assurer de la bonne qualité du service rendu par le privé, il peut alors mettre en place un système de prime calculé sur la base de la qualité et la quantité des repas servis par l'opérateur. Le versement de cette prime augmente les dépenses de l'Hôpital (coûts), mais elle permet de s'assurer de l'amélioration la qualité du service.

#### **1.3.1.2. Les coûts d'obligation**

Les coûts d'obligation sont les coûts engagés par l'agent suite à un dommage causé au principal ou c'est une caution qui garantit la non-survenance d'un comportement qui peut léser le principal. Par exemple, la location d'un local par un médecin privé pour son cabinet donne lieu à un versement d'une caution par ce dernier qui couvre les éventuels dégâts causés au cours de son activité.

---

<sup>27</sup> En réalité, Jensen et Meckling distinguent trois types du coût d'agence : plus les coûts de surveillance, d'incitation et des coûts d'obligation, il existe, en théorie, un coût appelé « perte résiduelle », qui est un coût d'opportunité résultat de l'écart inévitable entre le résultat de l'action de l'agent sur le bien-être du principal et le gain maximum potentiel du principal.

Quant aux coûts, l'objectif de la théorie de l'agence consiste à déterminer la forme du contrat qui minimise au maximum ces coûts d'agence, pour cela le principal choisit la méthode la moins coûteuse et la plus efficace (plus efficiente) pour contrôler et surveiller le comportement de l'agent. Quant à l'agent, il cherche à maximiser les primes d'incitation et les dépenses d'obligation. Le point d'intersection entre les deux intérêts se définit lors de la négociation du contrat.

#### **1.4. L'apport de la théorie de l'agence à l'approche contractuelle**

Le rôle important joué par les systèmes d'incitations<sup>28</sup> et de contrôle dans la mise en œuvre des relations entre les différents acteurs des systèmes de santé constitue l'apport crucial de la théorie de l'agence à l'approche contractuelle. Lorsqu'il s'agit par exemple, d'une relation contractuelle entre une tutelle de santé et un prestataire de service privé, on peut faire appel aux outils de la théorie de l'agence pour déterminer les mécanismes d'incitation, de contrôle et de sanction.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de définir, tout d'abord, la relation d'interdépendance entre les acteurs. En suite, il faut les classer en deux catégories : principal –sous- informé, et agent réputé sur- informé. Et enfin, on envisage les différents mécanismes d'incitation selon les caractéristiques de la transaction.

Beaucoup de travaux font appel à la théorie de l'agence lorsqu'ils discutent les avantages et les inconvénients des modalités de rémunération des personnels de santé dans les pays en développement. Cette théorie est utilisée également au niveau de l'hôpital pour déterminer les relations qui existent, d'un côté, entre la tutelle (Ministère de la Santé) et l'administration de l'hôpital, et d'un autre côté, entre l'administration de l'hôpital et les fonctionnaires de ce dernier. Ces relations sont structurées par des contrats incitatifs en poussant les agents à dévoiler toute l'information et minimiser au maximum les asymétries d'information.

---

<sup>28</sup> Une procédure d'incitation est un dispositif par lequel on tente de conduire les individus à exécuter correctement une tâche, à adopter tel ou tel comportement ou à appliquer loyalement les clauses d'un contrat. in Dictionnaire des sciences économiques. Ed Armand Colin. Paris.2007.

Certes, les outils de la théorie de l'agence sont importants pour une logique de relations interindividuelles qui se nouent entre les acteurs particuliers du système de santé, mais ils ne sont pas aussi utiles pour une logique d'une stratégie sectorielle de santé, qui constitue l'objectif primordial de la contractualisation.

Le plus important donc, n'est pas de conclure des contrats en répondant aux attentes personnelles des acteurs du système de santé, mais d'inscrire ces arrangements dans une politique contractuelle qui vise, à son tour, un objectif plus global qui est celui de l'amélioration de la performance des systèmes de santé. En recherchant, la meilleure façon d'organiser et de gouverner un système de santé. Les travaux de WILLIAMSON permettent d'offrir un cadre plus systémique de la contractualisation que celui de la théorie de l'agence qui se limite à une logique interindividuelle<sup>29</sup>.

## 2. la théorie des coûts de transaction

La théorie de l'agence, développée précédemment, s'attache à l'analyse des relations entre les acteurs particuliers du système de santé conçus pour réaliser des activités bien définies. Mais, l'harmonisation des relations contractuelles au niveau sectoriel ne peut pas être analysée sous cette théorie. La théorie des coûts de transaction donc, semble bien adaptée à l'analyse des relations entre les acteurs du système de santé dans une approche stratégique et sectorielle.

Avant d'aller plus loin, il est utile d'évoquer le corpus théorique ou paradigme qui a influencé Williamson et qu'il l'a incité à développer sa théorie des contrats : il s'agit bien de la théorie des coûts de transactions.

L'apparition de cette théorie et l'élément déclenchant de cette réflexion revient à un article paru en 1937, écrit par Ronald.H Coase, dans lequel il s'interroge sur la question de l'origine des organisations économiques. Sa proposition est que dans une situation de marché, il y a une baisse sensible et automatique des coûts de transaction.

L'idée donc, initiée par Coase et développée par la suite, par Williamson, s'attache à analyser les modes de gouvernance ou les formes de coordination économique. Là on peut distinguer

---

<sup>29</sup> Perrot J, de Roodenbeke E. : « *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée* ». Ed KARTHALA. Paris. 2005. P55.

deux formes de gouvernance : la première relève de la hiérarchie (subordination), et la deuxième c'est celle qui relève du marché<sup>30</sup>.

Si on fait le parallèle avec les systèmes de santé, on trouve qu'il y a une symétrie. En effet, d'un côté, la forme de gouvernance hiérarchique correspond à l'organisation Etatique du système de santé, d'un autre côté, la forme de gouvernance marchande correspond à un système de santé privé. Entre ces deux extrémités de formes de gouvernance, se positionne la théorie des coûts de transaction, qui est une forme hybride de gouvernance, pas totalement marchande, ni purement étatique.

Ce nouveau mode de gouvernance économique repose sur les hypothèses suivantes :

- Les agents économiques ont une rationalité limitée<sup>31</sup>, c'est-à-dire que les agents humains ont un comportement intentionnellement rationnel, mais seulement d'une façon limitée (Simon 1961) à cause de l'incertitude de l'avenir économique et leur incapacité à prévoir toutes les éventualités future qui peuvent provoquer des problèmes aux arrangements contractuels.
- L'information n'est pas forcément symétriquement répartie entre les acteurs d'une relation contractuelle, ce qui pousse les agents économique à avoir un comportement opportuniste.

La contractualisation induit donc des coûts (coûts de transaction) qui sont de deux types.

## 2.1. Types de coûts de transaction

Les coûts de transaction sont des coûts inhérents au déroulement des échanges marchands : coûts d'information, coûts de négociation et de renégociation, coûts de contrôle... ils sont ignorés par le modèle de la concurrence pure et parfaite qui les suppose nuls<sup>32</sup>. On peut distinguer deux types de coûts de transaction qui sont les suivants :

### 2.1.1. Les coûts de transaction *ex ante*

Ces coûts apparaissent avant même la signature du contrat, lors de la négociation d'un contrat, il y a nécessairement des coûts à supporter par les deux parties entrant en relation :

---

<sup>30</sup> Orlean.A. : « *Analyse économique des conventions* », éd. Presse Universitaire de France, 1994, p28.

<sup>31</sup> Arrow K, Granger T : « *Théorie de l'information et des organisations* », éd. DUNOD, Paris, 2000.p67

<sup>32</sup> Beitone.A, Cazorla.A, Dollo.Ch, Drai.A.M. : « *Dictionnaire des sciences économiques* », éd ARMMAND COLIN. 2007. p110.

Les coûts de négociation, discussion réunions, coûts de préparation des documents nécessaires à la finalisation des procédures contractuelles...

Ce type de coûts varie selon le type de contrat conclu. On distingue deux types :

- Lorsque le contrat est *exhaustif*, il prévoit la répartition des coûts après les avoir évalués et modélisés. Cependant, ce type de contrat est très rare à cause de deux raisons :
  - La difficulté d'évaluation des coûts et leur estimation d'un seul point de vue comptable est insuffisante, car cela néglige et ignore les coûts qui ne sont pas matériels comme les préférences des individus<sup>33</sup>.
  - les deux parties ne dévoilent pas toute l'information qu'elles possèdent (problème de l'asymétrie de l'information).

➤ Lorsqu'il s'agit d'un contrat cadre (contrat *non exhaustif*), les contractants ne peuvent pas prévoir tous les cas de figure donc, ils ne peuvent pas anticiper le calcul de tous les coûts et comment seront-ils réparties entre les deux parties.

En laissant une marge de manœuvre aux acteurs de cette relation de chercher une solution efficace en cas de litige.

Dans ce cas, il faut insister sur la mise en place des règles juridiques et clarifier l'ensemble des clauses du contrat de manière à éviter les sources des conflits potentiels qui peuvent augmenter considérablement les coûts de la transaction.

### 2.1.2. Les coûts de transaction *ex post*

Ces coûts peuvent être résumés principalement à travers le concept de coûts d'exécution du contrat. A titre d'exemple, on peut citer les coûts liés aux procédures juridiques comme outil de vérification du respect des clauses du contrat.

A propos de ce sujet, WILLIAMSON fait trois remarques<sup>34</sup> :

---

<sup>33</sup> Gomez P.-Y. : « *Qualité et théorie des conventions* » éd. ECONOMICA, Paris, 1994.P45

<sup>34</sup> Orlean A. : « *Analyse économique des conventions* », op.cit.p76.

- Il considère que les coûts *ex post* servent à la mise en place et au bon déroulement de la relation contractuelle.
- Ces coûts prennent généralement la forme de coûts de marchandage (bargaining costs) lorsqu'il s'agit de règlement d'un litige provoqué par un mauvais arrangement contractuel *ex ante*.
- Ces coûts incitent chaque partie à respecter les obligations sur les quelles se sont entendus au préalable (de fait, elles se trouvent liées par un contrat initial et ils ont aussi intérêt à chercher des solutions communes aux coûts *ex post* imprévisibles.

Il est important de remarquer que les coûts *ex ante* et *ex post* sont interdépendants. De fait que lorsque les coûts *ex ante* sont importants cela signifie que la négociation du contrat était dure mais cela réduira considérablement les coûts *ex post* car le résultat de leur compromis satisfaisait les deux parties.

Il se peut aussi que les coûts de transaction *ex post* apparaissent à la fin du contrat car les points de mésentente initialement présents ne sont pas encore résolus.

La variation de l'ampleur des coûts cités ci-dessous, s'effectue en fonction de la variation de trois facteurs : la fréquence de la transaction, de degré de l'incertitude de la transaction et la spécificité des actifs échangés.

- ***La fréquence de la transaction***

La fréquence de la transaction peut déterminer la forme du contrat la plus adaptée à la transaction effectuée (contrat classique, contrat néo-classique et contrat relationnel), plus la transaction est fréquente, plus le contrat est plus complexe. Passant d'un contrat classique, pour une transaction ponctuelle à un contrat relationnel, pour une transaction fréquente.

- ***La spécificité des actifs***

Un actif est dit spécifique lorsqu'il est lié à une transaction particulière, il se distingue de l'actif général qui peut être utilisé dans des transactions diverses. Dans un contrat par exemple, l'agent achète une machine pour satisfaire une demande particulière du principal, en cas de rupture du contrat, l'agent doit supporter les coûts d'inactivité de cette machine, l'existence d'actifs spécifiques favorise donc, les relations durables entre les contractants.

Le concept d'actif spécifique s'applique aussi au capital humain dans le domaine de la santé. On parle de la spécificité d'un actif si sa deuxième utilisation engendre un coût excessif<sup>35</sup>. Ce critère est très important en matière d'organisation des systèmes de santé : un médecin (actif spécifique pour un système de santé). Par exemple, s'il envisage de redéployer ses compétences dans un autre domaine que celui de la médecine, il lui faut une formation, généralement coûteuse, la réadaptation dans un autre domaine n'est pas immédiate, elle nécessite donc un coût et beaucoup de temps.

La fréquence de la transaction et la spécificité des actifs jouent un double rôle dans les relations contractuelles, d'un côté, dans la variation des coûts de transaction, et d'un autre côté, dans la détermination du type de la structure de gouvernance.

## 2.2. Relation entre type de transaction et structure de gouvernance

La relation entre le type de la transaction et la structure de gouvernance sera résumée dans le tableau suivant :

**Tableau 1 : Relation entre type de transaction et structure de gouvernance**

		Spécificité des actifs		
		<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<b>Fréquence de la transaction</b>	<i>Transactions occasionnelles</i>	<b>Gouvernance marchande</b> « Contrat classique »	<b>Gouvernance hybride</b> « Contrats trilatéraux »	<b>Gouvernance hiérarchique</b> « Contrat relationnel »
	<i>Transactions fréquentes</i>	<b>Gouvernance marchande</b> « Contrat classique »	<b>Gouvernance hybride</b> « Contrat bilatéraux ou forme faible des contrats relationnels »	<b>Gouvernance hiérarchique</b> « Contrat relationnel »

*Source* : Samy. J. : « La théorie des coûts de transaction de Williamson et la surveillance des banques dans l'UE », Institut européen de l'Université de Genève, décembre 2004, p 42.

<sup>35</sup> Mahiaoui Y. : « Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins » thèse de Doctorat en santé publique et économie de la santé, université de Paris VII, 2003.p67.

D'après le tableau, on peut tirer deux cas limite de forme de gouvernance : Lorsque les transactions sont peu fréquentes avec des actifs non spécifiques, cette situation correspond à un mode de gouvernance marchand, en utilisant des contrats classiques pour ce type de transaction. Mais lorsque les transactions sont fréquentes avec des actifs fortement spécifiques, on est dans un mode de gouvernance hiérarchique qui nécessite des contrats relationnels.

Entre ces deux extrémités se positionnent une situation intermédiaire, dite forme hybride de gouvernance caractérisée par deux cas :

- **une gouvernance hybride en utilisant des contrats bilatéraux**

Cette forme concerne les transactions les plus fréquentes sur des actifs caractérisés par un degré modéré de spécificité, traduisant la forme la plus faible de la contractualisation relationnelle, exemple des conventions cadre.

- **Une gouvernance hybride en utilisant des contrats trilatéraux**

Cette forme renvoie à des transactions peu fréquentes (occasionnelles), sur des actifs moyennant spécifiques.

En résumé, on peut dire que lorsqu'il y a une forte ou bien une faible spécificité des actifs, la fréquence de la transaction n'influence pas sur la forme de la transaction et sur le type du contrat utilisé, on est alors dans les situations extrêmes (limites), soit une forme marchande ou une forme hiérarchique.

Entre ces deux situations, lorsque la spécificité des actifs est moyenne, on est dans la forme hybride, qui se compose de deux situations : une forme bilatérale pour les transactions fréquentes et une forme trilatérale pour les transactions occasionnelles.

### **2.3. La théorie des coûts de transaction et l'approche contractuelle**

On peut considérer l'approche contractuelle comme une forme hybride de coordonner les différents acteurs du système de santé, et faire le lien entre le secteur public et privé, cette forme hybride est déterminée par le degré de la spécificité des actifs utilisés dans la transaction et leur fréquence. Par exemple, un hôpital public délègue une part de sa responsabilité pour un acteur privé (un cas classique de sous-traitance), cette relation est de

type hybride bilatéral, c'est-à-dire, une relation qui n'est pas purement marchande, ni totalement hiérarchique.

L'arrangement contractuel est là donc, pour traduire la volonté des décideurs de développer et de généraliser ce modèle de transaction dans les systèmes de santé et choisir le type de contrat le plus adapté à chaque relation contractuelle.

Cet ensemble de contrat qui relie les différents acteurs, constitue le mode de gouvernance sectoriel des systèmes de santé. D'après la théorie des coûts de transaction, pour optimiser le profit tiré de ces relations, il faut qu'elles soient continues et prolongées dans le temps, (plus elles sont prolongées, plus on diminue les coûts de transaction).

Enfin, les relations contractuelles doivent être conçues à la fois dans la logique interindividuelle appuyées par la théorie de l'agence, et dans une logique d'avantage sectorielle et systémique développées par la théorie des coûts de transaction. L'harmonisation entre ces deux logiques relève du rôle de l'Etat qui encadre ces relations et régule le fonctionnement du système de santé à travers l'orientation des politiques nationales de santé pour améliorer la performance des systèmes de santé.

## **II. HISTORIQUE ET LA LOGIQUE DE LA CONTRACTUALISATION DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT**

### **1. Evolution des systèmes de sante des pays en développement**

Evolution des systèmes de santé des pays en développement se caractérise par deux principales périodes, la première allant de la fin des années 70 jusqu'aux années quatre-vingt dix, c'était la période de cloisonnement. La deuxième après les années quatre-vingt dix dite période de consentement<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup>OMS : « *histoire de la contractualisation dans les systèmes de santé* », préparé par PERROT J, Genève, 2004.

### 1.1. La période de cloisonnement

Jusqu'à la fin des années 70, Les systèmes de santé dans les pays en développement, étaient caractérisés essentiellement par leur simple organisation. Ils étaient composés de deux secteurs principaux :

d'un côté, un secteur public plus dominant, chapeauté par l'autorité publique qui veille sur son bon fonctionnement, en assurant des actions d'organisation, de régulation, et de contrôle des différents compartiments du système de santé. D'un autre côté, un secteur privé à but lucratif peu développé qui opère sur le champ de la santé parallèlement avec le secteur public mais sans cohésion.

Au début des années 80, une conjoncture particulière caractérisée par une crise économique profonde a poussé la majorité des pays en développement à engager des réformes de leurs systèmes de santé. Ces réformes avaient comme objectif de trouver des solutions aux problèmes d'insuffisance des sources de financement, ils ont pensé donc à une réorganisation du fonctionnement de leur systèmes de santé afin d'optimiser l'utilisation des sources allouées au secteur de la santé. Avec cette manière, ces pays essayent de résister aux pressions de la crise.

Mais suite aux pressions populaires et la dégradation de la qualité des services de soins, et confirmé après par l'initiative de Bamako (IB), une volonté plus manifeste de privatisation apparaît comme un nouveau mode d'organisation des systèmes de santé. En effet, se nouveau mécanisme invite les acteurs privés à participer dans la prestation, la production et la distribution des services de soins dans l'objectif d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé après l'échec notable du secteur public à atteindre ces objectifs.

Juste après la déclaration de Bamako, le nombre d'opérateurs privés a explosé dans la majorité des pays en développement en participant activement au développement du secteur privé. Mais, un problème d'interconnexion des deux secteurs public et privé se pose encore, puisqu'ils travaillent dans deux mondes cloisonnés et que chaque partie opère dans son propre univers sans une moindre harmonie ou coopération, ils ont même développé certaines rivalités en créant un affrontement idéologique entre secteur public et privé. En effet, chacun des ces deux acteurs essaye de dominer et accroître son influence.

## 1.2. La période de consentement

Le début des années 90 était marqué par une évolution très remarquable des systèmes de santé, caractérisée, d'un côté par la disparition de l'affrontement idéologique entre le secteur privé et le secteur public. D'un autre côté, on observe une profonde modification de l'organisation de ses systèmes, en suivant deux logiques :

### 1.2.1. La première logique

La première logique est traduite par la *diversification* et *l'augmentation* du nombre d'acteurs intéressés par le secteur de la santé. Ceci était le résultat de la libéralisation du secteur privé et son remarquable développement suite aux différentes mesures de libéralisation et de décentralisation (déconcentration, décentralisation administrative, autonomie ...etc.). Parmi ces nouveaux acteurs on peut citer :

- ***Les collectivités territoriales ou locales***

Après qu'elles étaient des simples instances élues qui représentent l'Etat au niveau local, en assurant quelques missions d'ordre public, elles sont devenues des parties prenantes dans le fonctionnement des systèmes de santé, suite aux mesures de décentralisation administratives qui leur confient la responsabilité de veiller sur le bon fonctionnement de quelques structures sanitaires qui relèvent, désormais, des collectivités locales et non pas du ministère de la santé.

- ***Les institutions spécialisées dans le partage des risques (mutuelle de santé)***

Le paiement direct des services de santé par le patient constitue un obstacle à l'accès des plus démunis aux soins, et l'amplification de la charge des dépenses de santé a poussé l'Etat à chercher un nouvel acteur qui peut participer au financement de la santé et faciliter l'accès aux soins pour les plus pauvres avec des mécanismes de participation et de remboursement. L'apparition des mutuelles de santé était donc une solution aux doubles problèmes de financement et de l'accès aux soins.

- ***Les populations***

L'amélioration du niveau de vie des ménages accompagnée par une augmentation de leur niveau d'instruction, le progrès spectaculaire de la médecine, la croissance de l'offre de soin

notamment dans les zones rurales... sont autant de facteurs qui ont bouleversé le rôle de la population dans les systèmes de santé. Il passe d'un acteur passif à un acteur très actifs et très exigeant qui poussent les décideurs à déployer tous leur efforts pour assurer une meilleure qualité de services de santé.

### 1.2.2. La deuxième logique

La deuxième logique concerne la *séparation des fonctions* et la spécialisation des acteurs opérant au sein du secteur de la santé dans des fonctions bien déterminées (prestation de services, financement, gestion ...).

- ***La séparation entre prestation et financement des services de santé***<sup>37</sup>

Au part avant, les acteurs du système de santé assuraient, simultanément, les deux fonctions de financement et prestation de services de santé représentés essentiellement par l'Etat qui offre des services gratuit. Mais avec l'Initiative de Bamako, on commence à penser à la séparation de ces deux fonctions. Cependant, cette mesure n'a pas été parfaitement développée<sup>38</sup>.

- ***la séparation entre la détention des capitaux et la fonction de gestion***

La gestion classique des systèmes de santé offre aux propriétaires de formations sanitaires un double rôle : propriétaire de la structure et au même temps gérant (directeur) de cette dernière. Mais, avec la nouvelle mesure qui donne à l'établissement sanitaire le statut de la personnalité morale, la séparation entre les fonctions de détention des capitaux et gestion administrative devient une nécessité avec l'émergence, sur tout, des acteurs spécialisés dans la gestion des structures de santé. La notion de conseil d'administration apparaît alors, il est chargé d'assurer la gestion, arrêter les principales orientations politiques et les actions à mener pour concrétiser ces dernières...

Ces modifications en profondeur de la structure des systèmes de santé étaient accompagnées par une modification dans leurs modes de gestion et de gouvernance. En effet, plusieurs réformes ont été engagées qui seront expliquées dans le paragraphe suivant.

---

<sup>37</sup> En Angleterre, cette mesure constitue l'élément clé de la réforme du système national de santé (NHS) engagée par M. Thatcher : séparation entre (Provider /Purchaser) dans le but de la création de quasi marché entre les acteurs.

<sup>38</sup> Foulon G, Traore C : « *Les limites des mécanismes de recouvrement des coûts née de l'Initiative de Bamako* », communication présentée lors de la table ronde de ReMed, Paris, Novembre 2007.

### **1.3. Les récentes réformes des systèmes de santé dans les pays en développement**

Deux facteurs étaient derrière la volonté de lancer des réformes des systèmes de santé des pays en développement, d'une part, l'échec du secteur public et le mauvais fonctionnement des structures publiques qui ont provoqué des grandes failles dans l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé. D'une autre part, la pression des populations exercée sur les pouvoirs publics dans l'espoir de trouver une réponse à leurs attentes et leurs exigences. En effet, plusieurs possibilités de réformes s'offrent aux décideurs politiques pour améliorer la performance de leurs systèmes de santé, l'effort de réformer les systèmes de santé met l'accent sur deux logiques : une logique de recomposition institutionnelle et la logique des interrelations entre les acteurs du système de santé<sup>39</sup>.

#### **1.3.1. Les recompositions institutionnelles**

La logique des recompositions institutionnelle développe un certain nombre de mesures qui visent à améliorer l'efficacité des systèmes de santé à l'instar de la déconcentration, la décentralisation administrative, autonomie, etc.

##### **1.3.1.1. La déconcentration**

Le fonctionnement des administrations en général, était fortement concentré et centralisé, mais en fur et à mesure, elle laisse la place progressivement à une administration déconcentrée. Cette déconcentration est traduite par la réorganisation des systèmes de santé en trois (03) niveaux : un niveau central (national), un niveau intermédiaire (régional) et niveau local (communal ou district) ; en responsabilisant donc, les structures qui appartiennent à chaque niveau selon les prérogatives désignés par la réglementation, cette dernière leurs offre une certaine liberté et un degré d'autonomie administrative et financière, cette mesure est traduite par une délégation d'une part du pouvoir décisionnel de l'autorité centrale à un responsable du niveau inférieur.

---

<sup>39</sup> Dionko M. : « Contractualisation et performance du système de santé au TCHAD », Thèse de Doctorat en droit, Université de LYON III, 2007, p56.

### **1.3.1.2. L'autonomie**

Le fonctionnement traditionnel des structures de santé caractérisé par la forte centralisation, bureaucratie, lenteur des procédures administrative, etc. ils Constituent un frein au développement et l'amélioration de leur performance et leur l'efficacité. L'autonomie permet à ces structures de maintenir leur appartenance au secteur public doté d'une personnalité morale de droit public assurant une mission de service public.

Ce nouveau statut leur donnerait l'opportunité de gérer et d'assurer le bon fonctionnement de ces structures en se basant sur deux principes :

- Cette nouvelle structure peut exercer tous les droits attachés à une personne morale ; par exemple un hôpital sera libre de négocier et de passer des contrats avec d'autres partenaires pour une bonne prestation de service.
- L'autonomie ne veut pas dire totale indépendance des structures de leur tutelle ; elles seront toujours soumises à un contrôle systémique et un suivi régulier pour empêcher d'autres dérives provoquées par les responsables locaux (corruption, détournement ...).

### **1.3 .1.3. La décentralisation administrative**

Cette mesure marque aussi une grande mutation dans la gestion des systèmes de santé, elle est caractérisée essentiellement par :

- L'apparition d'un nouvel acteur qui n'appartient pas au secteur de la santé ; les collectivités locales qui sont, en principe, des instances élues pour assurer des taches liées à l'état civil, les affaires sociales, l'ordre, l'entretien et l'hygiène. Cependant, son implication dans le domaine de la santé constitue une nouvelle démarche.
- Avec cette mesure, l'accent est mis sur la santé ; les collectivités locales ont comme nouvelle mission de veiller sur le bon fonctionnement de ces structures.

Ces recompositions institutionnelles traduisent le changement progressif du rôle de l'Etat dans la gestion des systèmes de santé, ce changement constitue le désengagement de l'Etat du

rôle de gestion directe des systèmes de santé et se baser sur une nouvelle tâche basée sur le contrôle et développer les systèmes d'incitations<sup>40</sup>.

### **1.3.2. La logique des interrelations entre les acteurs (contractualisation)**

Avec les facteurs cités précédemment (multiplication d'acteurs, spécialisation dans les fonctions, etc.), une autre logique s'impose et qui espère tirer des bénéfices de ces mutations. Cette logique s'intéresse aux relations qui se développent entre les nouveaux acteurs des systèmes de santé, qui vise à coordonner et combiner les efforts de chaque acteur avec les autres, travaillant tous ensemble en harmonie pour appliquer la politique de santé déterminée par l'Etat ( politique nationale de santé). On tente alors de transférer l'efficacité individuelle de chaque acteur à l'efficacité du système de santé, pour atteindre cet objectif et éviter les litiges entre les acteurs, il sera nécessaire alors, de mettre en place des mécanismes de régulation et de contrôle pour bien encadrer ces relations contractuelles.

## **2. La contractualisation (définition et caractéristiques)**

Les arrangements contractuels ou la contractualisation constitue un outil qui peut répondre aux attentes des décideurs de mieux organiser les relations qui se multiplient entre les nombreux acteurs et de donner plus de force et de crédibilité à leurs relations.

Avant d'approfondir la notion de la contractualisation, il est intéressant de définir quelques concepts considérés comme des éléments de base pour concrétiser et mettre en œuvre une relation contractuelle.

### **2.1. Définitions**

Dans ce passage, nous essayons de clarifier les définitions des termes suivants : accord, convention, contrat. Ils sont généralement considérés comme des synonymes.

---

<sup>40</sup> Weber L. : « *l'Etat, acteur économique : analyse économique du rôle de l'Etat* », éd ECONOMICA, 1991.p97

### 2.1.1. Définition d'un « accord »

L'accord est « Un terme générique désignant la rencontre de deux volontés. L'accord permet d'atteindre un arrangement, de conclure une convention, un traité ou tout autre contrat et, plus généralement, de nouer une relation nouvelle à deux ou plusieurs partenaires »<sup>41</sup>.

### 2.1.2. Définition d'une « convention »

La convention est « une forme d'accord passé entre deux ou plusieurs personnes physiques ou morales pour produire un effet juridique »<sup>42</sup> elle revêt en principe un caractère obligatoire pour ceux qui y adhèrent. La convention est un terme très proche de celui de contrat, mais il s'agit d'une notion plus large avec des finalités moins pratique.

### 2.1.3. Définition d'un « contrat »

Le contrat est une notion beaucoup plus proche de l'aspect juridique que économique, mais il est intéressant de donner les deux définitions du contrat.

#### 2.1.3.1. Définition juridique

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 ne pas faire quelque chose »<sup>43</sup>

#### 2.1.3.2. Définition économique

La définition du contrat en économie demeure vague, la littérature économique nous ne permet pas de dire qu'il existe une définition générale et cohérente de la notion de contrat. Or, nous pouvons supposer que la définition du contrat formel est non détachable du droit et de sa dimension juridique. En effet, il existe plusieurs définitions au sens économique du terme, on peut citer par exemple la définition de Jensen et Meckling élaborée en 1976 :

**« Le contrat est une relation d'agence par laquelle une ou plusieurs personnes (le principal) engage une autre ou plusieurs personnes (agent) à exécuter en son nom une**

---

<sup>41</sup> Alain B, Antoine C, Christine D, Anne mary D. : « Dictionnaire de sciences économiques », éd ARMAND COLIN, Paris, 2007, 2<sup>ème</sup> édition.

<sup>42</sup> Ahmad S, Jean-Marie A. : « Lexique d'économie », éd DALLOZ, 9<sup>ème</sup> édition, 2006.

<sup>43</sup> Mahyaoui Y : « Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins » op.cit.p89.

*tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent »<sup>44</sup>*

## **2.2. Classification des contrats**

Dans un processus de contractualisation, on remarque que le côté juridique et le côté économique sont difficilement détachables, il est nécessaire donc de donner une classification juridique et économique du contrat.

### **2.2.1. Classification juridique**

La classification juridique du contrat se distingue de l'approche économique du contrat. Cette dernière semble être plus dynamique et elle se base sur l'environnement contractuel. On peut distinguer plusieurs contrats juridiques :

#### **2.2.1.1. Les contrats administratifs d'adhésion**

Ce type de contrat concerne tant les contrats de droit privé que ceux de droit administratif<sup>45</sup>. Un exemple type de cette relation contractuelle (de droit privé) est l'achat d'un billet de voyage, ou le passager ne peut changer le contrat passé entre lui et la compagnie de voyage : le passager adhère aux conditions imposées par la compagnie dans la limite du droit en vigueur.

Les contrats d'adhésion administratifs signifient que l'administration définit le contenu de ce type de contrat et que les autres parties ne participent pas à l'élaboration de l'acte contractuel. Dans le cas des contrats relatifs aux marchés de travaux publics, les droits et les obligations font l'objet de cahier de charges mis en place par l'administration. Par conséquent, en cas de passation de marchés, la partie privée doit respecter les contraintes du cahier des charges. Le contrat d'objectifs et de moyens tend vers cette catégorie de contrat.

#### **2.2.1.2. Les contrats unilatéraux négociés**

Les règlements, par exemple, font partie de cette catégorie de contrats. Parfois, ces actes contractuels peuvent faire l'objet de négociation avant leurs élaborations, ce qui peut attribuer des droits et imposer des obligations aux intéressés.

---

<sup>44</sup> Mahyoui.Y. : « Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins », op.cit.p90

<sup>45</sup> Idem

L'acte unilatéral devient un outil courant de réglementation. Or, la notion de contractualisation perd son sens dans ce type de relation, parce que l'administration met en place des normes afin d'encadrer et de réglementer ses relations avec les administrés et ses agents. Ces relations se traduisent par les actes tels que les décrets et les arrêtés ministériels.

### **2.2.1.3. Les actes mixtes**

Ce sont des actes comprenant une partie réglementaire (unilatérale) et une autre partie contractuelle. Dans ce cas, nous pouvons citer les contrats de concession de service public, dans cette situation, l'administration établit un rapport contractuel sous forme d'une relation d'agence avec un tiers. Ce dernier est chargé d'assurer un service public en suivant les obligations d'un cahier des charges, dans ce sens, nous pouvons citer l'exemple des concessions de service public hospitalier en faveur des établissements privés.

### **2.2.2. Classification économique**

L'approche économique du contrat complète la vision juridique. En économie on peut trouver deux types de contrat : un contrat complet et un contrat incomplet, cette complétude et incomplétude du contrat est complexe. En effet, l'efficacité de la relation contractuelle dépend du degré de la complétude du contrat<sup>46</sup>.

#### **2.2.2.1. Contrat complet**

Le contrat complet a dominé la pensée économique néoclassique jusqu'aux années 70, les partisans de cette idée concédèrent que :

1. Toutes les éventualités futures sont explicitement prévues et toutes les incertitudes peuvent être envisagées.
2. Les coûts *ex-ante* nécessaires à la préparation, la rédaction et la négociation du contrat (coûts de transaction) ont été ignorés.
3. Toute l'information sur l'objet d'échange est équitablement répartie entre les contractants, c'est-à-dire que le problème de l'asymétrie de l'information n'est pas pris en charge par ce type de contrat.

---

<sup>46</sup> Maounde D. : « Contractualisation et performance du système de santé au Tchad », Thèse de Doctorat en Droit, université Jean Moulin Lyon3, 2007.p112.

4. Les agents sont dotés de rationalité substantive (rationalité illimitée), car dans ce type de contrat, les agents sont capables de connaître toutes les incertitudes futures et ils peuvent prévoir tous les cas possibles des situations futures. Le contrat apparaît comme un instrument qui permet d'éviter les litiges liés à l'incertitude et à l'asymétrie d'information, le recoure donc à une tierce personne (le juge), en cas de problème, est ignoré aussi.

Les hypothèses de contrat complet ont fait l'objet de plusieurs débats, et les théories économiques divergent sur ce point. En effet, il paraît difficile de vérifier les hypothèses fragiles sur lesquelles s'appuie la notion du contrat complet, car ces idées ne correspondent pas à la réalité des faits.

On peut supposer que le contrat offre aux contractants la possibilité de résoudre, en partie, les problèmes liés à l'incertitude et à l'asymétrie d'information. Cependant, il est vraiment difficile d'admettre l'idée selon laquelle le contrat peut prévoir toutes les éventualités futures.

Le contrat complet apparaît alors comme une norme de coordination loin du monde des relations d'échange concrètes, à cause de sa normativité<sup>47</sup>. Le modèle relatif à la théorie des contrats complet cherche à déterminer les conditions d'équilibre en négligeant des aspects du contrat proche de la réalité.

#### **2.2.2.2. Contrat incomplet**

C'est à partir des années 80 que la notion de contrat incomplet fait son apparition comme type particulier de contrat dans l'approche économique.

L'incomplétude de contrat peut avoir plusieurs origines. On peut supposer que les arguments présentés par les adhérents à l'idée du contrat incomplet sont les suivants :

- l'incertitude de future.
- Les agents sont dotés de rationalité limitée.
- L'existence des coûts de transaction.
- L'information est répartie asymétriquement entre les contractants.

---

<sup>47</sup> L'économie normative est un domaine de l'analyse économique qui ne se limite pas à formuler des jugements de fait, mais qui vise à fonder rationnellement des jugements de valeurs sur des questions économiques. L'économie normative énonce ce qui devrait être, alors que l'économie positive énonce ce qui est.

L'incertitude est traduite par une situation future, où les agents ne peuvent pas prévoir toutes les éventualités et les risques qui peuvent provoquer des problèmes aux conditions de coordination ou de contractualisation. Cette hypothèse semble plus proche de la réalité.

### **2.3. Arrangement contractuel (relation contractuelle)**

#### **2.3.1. 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>48</sup>*

D'après la définition de Jean Perrot (expert à l'OMS), on peut tirer quelques principes de base sur lesquels une relation ou un arrangement contractuel doit se baser.

- *« alliance volontaire »*

Cette expression traduit le principe de liberté d'entrer en relation contractuelle. En effet, on ne peut jamais obliger un acteur à s'engager dans une relation contractuelle, son engagement traduit sa propre volonté.

Mais aussi, un acteur doit être juridiquement apte à signer un contrat avec un ou plusieurs acteurs, c'est-à-dire, pour entrer en relation contractuelle un acteur doit être doté d'une personnalité juridique qui lui permet de crédibiliser sa relation.

- *« l'engagement avec des devoirs et des obligations réciproques »*

Les acteurs qui souhaitent entrer en relation doivent se réunir pour négocier et définir clairement les devoirs et les obligations de chacun (déterminer précisément les clauses du contrat), cette phase est considérée comme le cœur même d'une relation contractuelle, parce que s'ils prévoient tous les cas de figures et les problèmes qui peuvent perturber leurs relations, ils auront moins de risque d'interrompre la relation.

---

<sup>48</sup> Jean P, De Roodenbeke E. : « La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. » op.cit, p 39.

- **« Les bénéfices de la relation »**

Ce qui motive les acteurs à s'engager dans une relation contractuelle ce n'est pas leur altruisme, mais surtout le but lucratif et les profits qui peuvent être tirés à la fin de la relation<sup>49</sup>. Pour cela, les acteurs étudient, examinent et évaluent les coûts et les bénéfices avant même de signer le contrat.

### **2.3.2. Les logiques de la relation contractuelle**

On peut distinguer deux logiques de stratégies des acteurs :

#### **2.3.2.1. La logique de « faire faire »<sup>50</sup>**

Cette logique se réfère à la théorie de l'agence. Si un acteur (le principal) ne peut pas ou ne veut pas assurer une activité, il confie cette tâche à un autre acteur (l'agent) pour la réaliser à sa place. Pour optimiser son choix, le principal sélectionne l'offre la plus intéressante et l'acteur le plus compétant parmi d'autres qui les a mis en concurrence sur la base du coût et la qualité du service rendu.

#### **2.3.2.2. La logique de « faire ensemble »<sup>51</sup>**

La spécialisation des acteurs de santé dans des fonctions spécifiques les a poussé à travailler dans une logique de coopération. Chaque acteur souhaite bénéficier de l'expérience et les compétences d'un autre acteur, chacun apporte son plus pour trouver des solutions à un problème commun.

## **III. TYPOLOGIE DES RELATIONS CONTRACTUELLES**

La multiplication des acteurs de la santé a entraîné une multiplication des types de relation qui les rassemble. On peut les classer selon plusieurs critères : la nature du contrat, les acteurs en

---

<sup>49</sup> Senelle M.:« *Les relations contractuelles entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires : éléments théoriques et exemple pratique en république de Bénin* », mémoire réalisé pour l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées en gestion du développement, 2005.p44.

<sup>50</sup> Perrot J, De Roodenbeke E. : « *Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*», op.cit. p34.

<sup>51</sup> Idem

présence, le champ de l'application du contrat et enfin, sur l'objet du contrat au quel on s'intéresse.

On peut distinguer trois types de relations contractuelles :

- Relation contractuelle (RC) basée sur la délégation de responsabilité ;
- RC basée sur l'achat de service ;
- RC basée sur la coopération ou partenariat.

### **1. Une relation contractuelle basée sur une délégation de responsabilité**

L'idée de la délégation de la responsabilité est apparue suite à l'incapacité de l'Etat d'assurer une meilleure couverture sanitaire. Chercher donc un partenaire qui peut le remplacer dans cette tâche était une partie de la solution. La délégation de la responsabilité est donc : au lieu d'assurer lui-même la gestion d'une structure sanitaire, l'Etat délègue un acteur privé pour le faire à sa place, mais en préservant la propriété publique de la structure sanitaire.

Dans cette optique de délégation de responsabilité, on peut distinguer plusieurs types de délégation.

#### **I.1. Relation contractuelle de type public- privé**

Ici, on peut distinguer deux cas : délégation à un acteur privé et association à un acteur public

##### **1.1.1. Une délégation à un opérateur privé**

Le partenaire qui accepte d'assurer cette tâche, dans ce cas, est un acteur privé spécialisé dans cette fonction. Il sera choisi après l'instauration d'un système de compétition entre les acteurs intéressés à cette mission qu'on appelle *adjudication*.

On peut distinguer deux formes de délégations à un opérateur privé :

- ***Concession de service public (gestion déléguée)***

L'Etat délègue un opérateur privé ; une entreprise spécialisée, association, une société mutualiste, une ONG (organisation non gouvernementale)... Pour gérer un service public pour son compte par un contrat d'exploitation, avec un cahier de charge qui détermine les

devoirs et les obligations de chaque partie. On peut distinguer aussi deux cas de figures de la gestion déléguée :

- Dans le premier cas, le privé reçoit de l'Etat tous les moyens nécessaires pour le bon fonctionnement du service, structure sanitaire, bâtiments, équipements .... toute en conservant la propriété de l'Etat.
- Dans le deuxième cas, l'entité privée prend en charge la construction des structures sanitaires et acheter tout le matériel et équipement nécessaire et qui devient, après exploitation pour une certaine durée, propriété de l'Etat à la fin du contrat, ce genre de contrat se fait, généralement, pour les longues durées<sup>52</sup>

Dans ces deux cas, l'Etat reste l'acteur principal puisque c'est lui qui négocie directement les contrats avec les partenaires, et c'est lui aussi qui contrôle et surveille les activités du délégué pour préserver la mission du service public qui caractérise l'établissement de soins public.

Beaucoup de pays, notamment d'Afrique, ont opté pour cette mesure à l'instar de la côte d'Ivoire qui a signé un contrat avec une association de sage femme pour gérer la maternité de Bardot. En Afrique de sud, un contrat a été signé pour la gestion des hôpitaux publics par une firme privée. Le Mali aussi a développé une stratégie plus systémique dont il a développé une politique nationale de santé qui confie la gestion des centres de santé de base pour des associations de santé communautaires (ASACO)<sup>53</sup>.

- ***Concession d'une zone géographique***

Cette technique a été utilisée déjà dans des domaines qui ne relèvent pas du secteur de la santé, telle que le domaine pétrolier, les forêts.... Son application dans le champ de la santé était une réaction suite à l'échec de l'Etat d'assurer une meilleure couverture sanitaire pour une zone géographique, notamment les zones rurales dont il est difficile d'assurer une bonne qualité de prestation de services. Pour cela, l'Etat peut confier la mission de la couverture

---

<sup>52</sup> On parle de « *concession* », dans le droit d'obédience français, et on parle de « *BUILD, OPERATE, TRANSFER* » B.O.T dans le droit d'obédience anglophone qui veut dire (CONSTRUIRE, EXPLOITER, TRANSFERER).

<sup>53</sup> Ministère de la santé du Mali : « *Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali ; étude de cas en milieu urbain et rural* », préparé par Konaté M, Kanté B, septembre 2003.

sanitaire de cette zone défavorisée pour un opérateur privé qui obéit aux instructions de la tutelle et qui reste toujours sous son contrôle pour appliquer les politiques nationales de santé.

Beaucoup d'expériences menées dans ce sens dans beaucoup de pays africains. Au Cambodge l'Etat a signé des contrats avec des ONG pour une concession d'un district sanitaires, au Mali comme au Madagascar, l'Etat facilite<sup>54</sup> l'installation des jeunes médecins dans des zones rurales pour qu'ils assurent les soins de santé primaire<sup>55</sup> en se déplaçant aux villages appartenant à une zone préalablement délimitée pour chaque médecin.

### 1.1.2. Contrat d'association au service public<sup>56</sup>

Contrairement à la gestion déléguée, l'acteur privé détient les capitaux et les structures sanitaires dotées des moyens nécessaires et les équipements de base, il signe des contrats avec l'Etat dans le but d'assurer une mission de service public, c'est-à-dire, prendre en charge toutes les activités assurées, traditionnellement, par une structure sanitaire publique à condition qu'ils appliquent les mêmes tarifs et les mêmes modalités d'accès au soins.

Les expériences menées dans cette logique sont nombreuses, notamment dans les pays africains ; en Tanzanie et au Ghana, par exemple, les Hôpitaux des Eglises sont les seules structures qui assurent la couverture sanitaire dans des zones bien déterminées. En Zambie, un contrat est signé entre le ministère de la santé et « Church Medical Association of Zambie » qui représente les Hôpitaux relevant des Eglises. Ce contrat donne des prérogatives à ces Hôpitaux d'assurer les mêmes activités assurées par les Hôpitaux publics.

## 1.2. Relations contractuelles de type public – public.

Se sont toutes les relations qui mettent en jeu des acteurs exclusivement publics, par exemple entre la tutelle et ses administration déconcentrées

---

<sup>54</sup> L'Etat aide les jeunes médecins avec du matériel médical de base, et un crédit pour s'acquitter d'une moto qui facilite leur déplacement lors de ses visites à domicile.

<sup>55</sup> Le jeune médecin contracté s'engage sur un « *Cahier des charges* » qui définit ses devoirs et obligations vis-à-vis la population de la zone qui lui a été confiée.

<sup>56</sup> Service public signifie toute activité socialement indispensable exécutée par la puissance publique ou non ex : le transport en commun.

### **1.2.1. Contrat liant l'Etat et les collectivités territoriales.**

Cette pratique s'inscrit dans la logique de la réforme de l'administration étatique qui a tendance à rapprocher au plus près possible l'administration centrale des populations. Pour être plus près des problèmes et de la réalité de l'état de santé des populations. Pour cela, l'Etat procède à transférer les formations sanitaires aux collectivités locales qui s'en chargent de leur bon fonctionnement. Ces nouveaux liens, qui mettent en jeu que les acteurs publics, établis entre l'Etat central où le ministère de la santé et les collectivités locales sont, désormais, des relations contractuelles basées sur des moyens et des objectifs. En effet, la tutelle met à la disposition des collectivités locales des budgets spéciaux destinés au fonctionnement des structures de santé. Les collectivités locales de leur part, sont obligées d'atteindre les objectifs déterminés lors de la négociation des contrats.

En 1996, le Madagascar a promulgué une loi qui confie la gestion des centres de santé de base aux communes. Au Sénégal, dans la province de Mahajanga le même principe a été appliqué pour réaliser le projet de la GTZ qui confie la gestion des centres de santé de base pour les communes et qui propose deux modalités de gestion :

Dans un premier cas, la commune passe un contrat avec la tutelle (ministère de la santé) ensuite elle passe un autre contrat de concession avec une association qui prend en charge ces centres de santé de base.

Dans un deuxième cas, la commune prend en charge la gestion de ces centres avec une participation communautaire dans le comité de gestion.

Dans les deux cas précédents, le dispositif contractuel est relativement complexe parce qu'il entraîne plusieurs niveaux et plusieurs acteurs dans une même relation.

### **1.2.2. Contrat liant l'Etat et ses institutions autonomes**

Sachant bien que parmi les causes de l'inefficacité du secteur sanitaire public, la forte concentration de toutes les fonctions du système dans la main d'un seul acteur, il était alors,

nécessaire de créer des entités déconcentrées et autonome<sup>57</sup> qui seront plus proche des populations et plus informées sur les dangers qui menacent la stabilité de la santé publique. De nouvelles relations contractuelles se formalisent alors, entre le ministère de la santé et ses institutions autonomes.

En Zambie, par exemple, les hôpitaux autonomes ont signé des conventions avec le ministère de la santé. La même démarche a été suivie au Maroc. En Tunisie, des contrats d'objectifs signées entre le ministère de la santé et les établissements publics de santé autonomes basés sur la performance des établissements.

### 1.2.3. La contractualisation interne

Au sens juridique, la contractualisation interne est l'ensemble des relations qui se formalisent entre les différentes composantes d'une même entité<sup>58</sup>.

En France, par exemple, suite à la réforme de système de santé de 1996, des contrats se sont introduits au sein des Hôpitaux publics, elles redéfinissent les relations entre l'administration de l'Hôpital et ses différents services qui bénéficient d'une délégation de gestion de la part de directeur de l'Hôpital mais suivi d'un contrôle en amont et en aval<sup>59</sup> : mettre les, moyens juste nécessaire, à la disposition de chaque service et évaluer les résultats de l'exercice à la fin du contrat.

## 2. Relations contractuelles basées sur un acte d'achat

Avec l'émergence des acteurs privés qui ont une réputation d'offrir une meilleure prestation de service de santé, le détenteur de fonds préfère acheter ces services au lieu de les produire lui-même, cette technique permet d'assurer une meilleure qualité de service à moindre coûts grâce à la mise en place des mécanismes de concurrence entre les prestataires.

L'achat peut porter sur deux niveaux : soit sur des produits finis, soit sur les facteurs de production.

---

<sup>57</sup> Cette autonomie ne veut pas dire indépendance des entités déconcentrées de leur tutelle, elles relèvent toujours du ministère de la santé mais elles seront dotées d'un statut juridique qui leur donne une autonomie administrative et financière.

<sup>58</sup> Medee P, Lascols S. : « *La contractualisation interne : expérience du centre hospitalier de périgueux* », communication présentée lors des onzièmes journées nationales de gestion hospitalières, Nabeul, mai 2008.p13

<sup>59</sup> Idem

Dans la logique de l'achat de service, on peut distinguer deux types de relation : une relation qui lie le détenteur de fonds et les prestataires de services de santé, et une autre relation qui montre les modalités de production des prestataires de services de santé.

### **2.1. Relation entre les détenteurs de fonds et les prestataires de services de santé**

Cette mesure a été développée suite à la réforme qui vise la séparation entre les fonctions de détention de fonds et la prestation de service. Elle peut apparaître à plusieurs niveaux, selon le type du détenteur de fonds.

- ***Au niveau individuel***

Un individu (détenteur de fonds) peut entrer en relation, volontairement ou obligatoirement<sup>60</sup>, avec un assureur (prestataire de service), ils vont négocier un contrat de service, et l'assureur, à son tour, entre en relation avec un prestataire de services au nom de son assuré.

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

La lourdeur de la charge des fonctions de prestation et de financement des services de soins a poussé le ministère concerné d'opter pour l'achat des services de santé plutôt que les assurer lui-même. Cette mesure vise des activités particulières et précises, par exemple : les opérations de vaccination, la lutte contre des maladies dangereuses comme la tuberculose, le SIDA...

En Namibie, des contrats ont été signés entre le ministère de la santé et des praticiens privés pour effectuer des opérations chirurgicales dans des zones rurales.

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

La séparation entre la fonction de financement et prestation de service s'applique au sein même du ministère de la santé, ceci est traduit par la création des agences publiques de financement, qui seront dotées d'un budget public dont elles doivent assurer son meilleure allocation en achetant des services au près des prestataires privés.

---

<sup>60</sup> Le caractère volontaire ou obligatoire dépend du type de système d'assurance appliqué dans chaque pays.

Cette technique est peu développée dans les pays en développement, sauf le Ghana qui a introduit le « Ghana Health Service » avec la création d'une agence qui agit au nom du ministère de la santé en achetant des services de santé au près des privés.

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

Ces organismes détenteurs de fonds qui provient soit, des contributions des assurés, soit de leurs fonds propres, préfèrent acheter des services de santé pour leurs assurés, ils négocient, donc, des contrats avec des prestataires publics ou privés en mettant l'accent, pas uniquement sur les prix des prestations à fournir, mais aussi sur les modalités de remboursement, les conditions d'accès des assurés et la qualité des soins.

Ce type de relations contractuelles qui se développent entre un détenteur de fonds et un prestataire de service de santé est très recommandé dans les systèmes de santé qui se réfèrent à la capitation.<sup>61</sup>

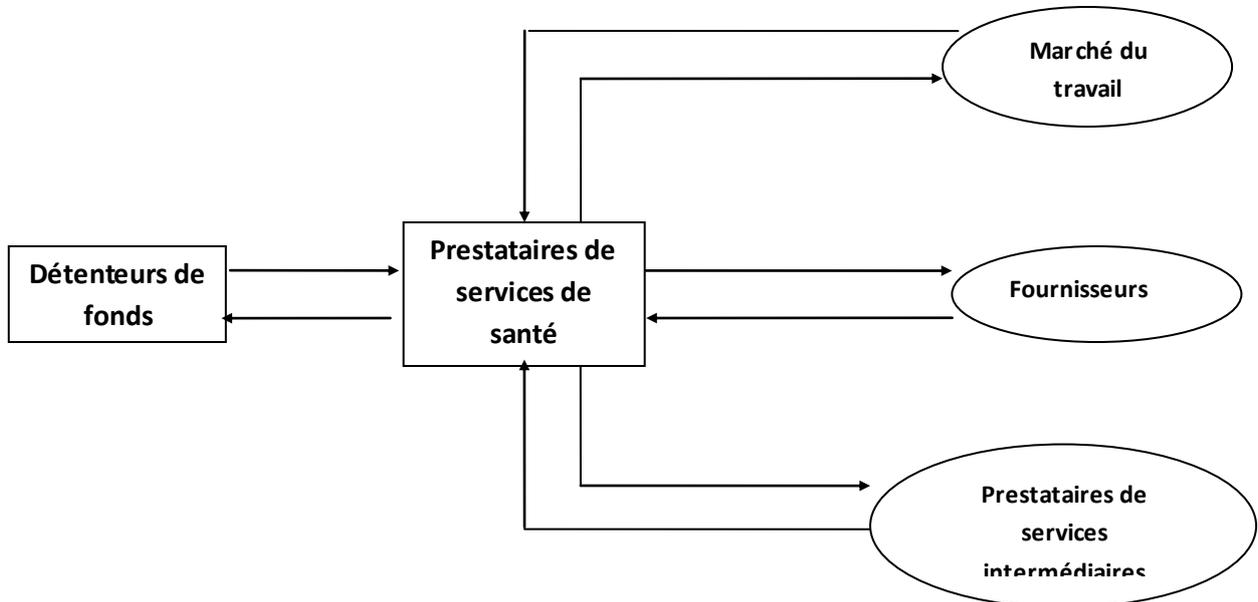
## **2.2. Relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les partenaires du secteur de la santé**

Pour assurer une meilleure prestation de services qui répond aux exigences des détenteurs de fonds qui sont eux même sous pression des populations, les prestataires de services de santé combinent un ensemble de facteurs de production de plusieurs partenaires de secteurs de la santé, qui sont nécessaire à l'aboutissement d'un meilleur service de santé.

---

<sup>61</sup> La capitation est une méthode de rémunération d'un prestataire de service par un détenteur de fonds, ce dernier verse au prestataire un montant forfaitaire défini à l'avance pour une période donnée et par capita, en contre partie le prestataire s'engage à prendre en charge le patient et lui assure tous les soins nécessaires.

**Schéma 1 : Relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les partenaires de la santé**



**Source :** OMS, rapport « le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, Genève, 2004.p 86.

- Des relations avec le marché de travail : le prestataire fait appel au marché de travail pour acquérir des compétences en ressources humaines (médecins, infirmiers, techniciens de la santé ...).
- Des relations avec les différents fournisseurs<sup>62</sup> : le prestataire fait appel aux différents fournisseurs pour l'acquisition de nouveaux matériels et fournitures pour faire fonctionner ses structures, par exemple l'acquisition de nouveaux appareils pour effectuer des diagnostics et des analyses plus précis.
- Des relations avec les prestataires de services intermédiaires : ils existent des acteurs spécialisés dans la prestation de services intermédiaires non médicales, comme la restauration de des malades, le transport médicale, le jardinage... avec les quels les

---

<sup>62</sup> On peut citer l'exemple des relations entre les fournisseurs de médicaments et les pharmacies centrales des hôpitaux qui devraient être basées sur des relations contractuelles pour sanctionner les retards de livraisons et de l'approvisionnement.

prestataires de services de santé entrent en relation pour leurs confier la gestion de ces services.

### 3. LES RELATIONS CONTRACTUELLES BASEES SUR LA COOPERATION

On peut définir une coopération contractuelle comme « un accord établi dans une perspective de long terme impliquant une interaction entre membres d'organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs moyens »<sup>63</sup>

Cette relation se caractérise par :

- Un engagement de partenaires<sup>64</sup> qui mettent en commun leurs moyens, chacun dans sa spécialité, pour réaliser un objectif préalablement négocié.
- L'engagement des partenaires s'inscrit dans une logique du long terme, c'est-à-dire, la durée de la relation sera plus longue par rapport aux deux types de relations contractuelles évoquées précédemment. La raison pour cela c'est que ce genre de rapport demandent plus de temps pour s'établir, se développer et dépasser tous les obstacles imprévus qui surviennent toute au long de la période de la relation.
- Tous les partenaires impliquant dans cette relation peuvent participer pleinement à la prise de décisions pendant l'exécution les clauses du contrat.

La coopération contractuelle peut s'effectuer de plusieurs manières, on distingue deux grandes façons selon le degré d'interpénétration organisationnelle.

#### 3.1. Les relations à interpénétration organisationnelle faible

Dans ce cas, les partenaires en relation négocient les moyens nécessaires à mettre en place et les objectifs à atteindre dans le cadre de leur accord. Quant à la manière d'exécuter les

---

<sup>63</sup> Ingham M. : « *L'apprentissage organisationnel dans les coopérations* », revue française de gestion, n<sup>o</sup> 97, 1994, p 105

<sup>64</sup> On substitue le terme « acteurs » avec le terme « partenaire » puisque c'est le mot qui convient à ce type de relation contractuelle,

différentes tâches, elle reste toujours caractérisée par une large autonomie des partenaires et une grande liberté du choix des méthodes pour exécuter le contrat.

### 3.1.1. Le franchising<sup>65</sup>

Le franchising se distingue d'une relation contractuelle classique par deux éléments importants :

- Le franchiseur doit un plus au franchisé, soit un apport financier, soit un apport en matériels ou un apport en savoir faire.
- L'importance d'identification par rapport à un réseau chapeauté par une entité supérieure qui veille sur l'harmonisation des activités des franchisés, prenant tous conscience qu'ils appartiennent à un réseau et ils travaillent tous pour un objectif commun.

Le ministère de la santé peut recourir au franchising pour lutter contre certaines maladies sensibles en impliquant le secteur privé.

La stratégie DOTS<sup>66</sup> est un exemple très fréquemment appliqué dans plusieurs pays comme l'Inde, la Chine, le Bangladesh... et qui est considéré comme l'une des meilleures méthodes de lutter contre la tuberculose à moindre coût<sup>67</sup>.

### 3.1.2. Coopération entre établissement de soins et association de bénévoles

La montée en puissance des associations de bénévoles (association à but non lucratif) qui luttent pour améliorer les conditions de vie des enfants, des femmes et les couches les plus défavorisées, et qui cherchent à se faire une place dans le secteur de la santé. La contractualisation a encouragé l'implication de ces associations dans le secteur de la santé en les associant avec des établissements de soins, on note par exemple la participation des associations de bénévoles dans l'accompagnement préscolaire des enfants hospitalisés.

---

<sup>65</sup> Mahyaoui Y. : « *Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins* », Thèse de Doctorat en Santé Publique et Economie de la Santé, option, Système de Soins Hospitaliers, Université Paris VII, 2003.p65.

<sup>66</sup> « Directed observed treatment short-course ». En français : traitement de brève durée sous surveillance directe.

<sup>67</sup> Maounde D. : « *Contractualisation et performance du système de santé au Tchad* », Thèse de Doctorat en Droit, université Jean Moulin Lyon3, 2007.

### **3.1.3. La coopération au sein d'un réseau**

Dans cette approche le terme réseaux vise la coopération des acteurs, chacun avec sa propre spécialité et son domaine d'intervention, qui interviennent pour assurer une prise en charge globale du patient. Le raisonnement en termes de réseau est justifié par son objectif d'harmonisation de la chaîne des intervenants, conjointement ou successivement, dans le processus des soins du patient, la contractualisation est nécessaire dans ce cas pour formaliser et déterminer le rôle de chaque acteur intervenant dans la chaîne de soin.

### **3.1.4. La coopération entre les élus locaux et les spécialistes de la santé**

La décentralisation administrative a donné aux collectivités locales un nouveau rôle dans le fonctionnement des formations sanitaires. Ce nouvel acteur, mal formé et informé du domaine de la santé, a besoins de travailler en collaboration avec des acteurs spécialisés dans ce domaine. Un effort inestimable doit être fourni pour concilier et harmoniser deux logiques :

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

Les efforts de coopération et d'harmonisation doivent être traduits par la mise en place d'une planification stratégique, il s'agit en effet, de rassembler tous les acteurs impliquant dans le secteur de la santé au niveau local et, par voix de négociation, il est nécessaire d'aboutir un plan stratégique qui définit les grandes orientations et les action à mener on se basant évidemment, sur une analyse de la situation des besoins de la population en santé.

### **3.1.5. Les coopérations entre les gouvernements et les partenaires au développement dans le cadre des « SWAPS »<sup>68</sup>**

Le problème qui se pose dans les accords traditionnels entre les gouvernements et les partenaires au développement comme le PNUD, est la non concrétisation de ses relations par des liens formels et des contrats précisant les devoirs et les obligations de chaque partie, les

---

<sup>68</sup> SWAPS : sector- wide approachese. En français : les rapprochements de larges secteurs

mécanismes de type SWAPS consiste à aboutir à un réel arrangement contractuel entre le ministère de la santé et les partenaires au développement qui financent, généralement, un programme de santé.

### **3.1.6. La coopération dans le cadre des accords de partenariat**

Le partenariat est une notion qui englobe un certain nombre de relations qui se concrétisent entre une large gamme d'acteurs, et qu'on peut classer comme suit :

- les accords de partenariats entre Etats : se sont des relations qui se formalisent, généralement, entre un pays développé qui détient les moyens de financement et moyens techniques pour mener une action dans le domaine de la santé, et un autre en voie de développement qui souffre d'une longue liste de problèmes qui perturbent le bon fonctionnement de leur systèmes de santé.
- les accords de partenariat entre une entité privée, avec ou sans but lucratif, et une entité publique : dans ce sens, l'Union Européenne entre en relation de coopération avec des organisations non gouvernementales (ONG) pour mener un projet commun avec des objectifs communs.
- Les accords de partenariat entre entités privées : se sont les relations qui mettent en jeu des acteurs privés, spécialistes dans la prestation des services de santé. Par exemple, un accord qui a été signé entre deux laboratoires : THERAMEX qui est leader dans le traitement de la ménopause<sup>69</sup> et MONOT : producteur pharmaceutique, dans le but de faire une Co-promotion « D'EVESTREL » un comprimé, auprès des médecins, des pharmaciens et para pharmaciens.
- Les accords de partenariat entre des établissements de santé : c'est les relations qui se signent entre un Hôpital d'un pays développé et un Hôpital d'un pays en développement. Le but est de les aider à mieux former leur personnel et s'occuper des cas les plus graves et d'autres activités dans le cadre de jumelage et de partenariat.

---

<sup>69</sup> La ménopause est l'arrêt de la menstruation chez la femme.

### **3.2. Les accords à interpénétration organisationnelle forte**

Ce type d'accord correspond à une situation où les acteurs se mettent en relation pour réaliser un projet commun, après avoir négocié les moyens à mettre en place et les objectifs à atteindre. Les deux acteurs réalisent une partie, voire tout le projet ensemble avec une forte coopération.

On peut citer quelques types d'accords qui se convergent avec cette logique :

#### **3.2.1. La cogestion**

La cogestion est « la gestion en commun d'un organisme. Pour une entreprise, la cogestion correspond à la gestion exercée par le chef d'entreprise avec la participation des travailleurs salariés. Ce système est notamment appliqué en Allemagne »<sup>70</sup>. En effet, on peut trouver au sein d'une formation sanitaire ce mode de gestion. Lorsque le conseil d'administration sera composé à la fois d'un personnel médical et non médical et des représentants des associations et des institutions qui représentent la communauté. Une entente de gestion et un équilibre entre les deux types de personnel, quelle que soit leur appartenance, doit être réalisé.

#### **3.2.2. Les alliances**

Dans le cas des alliances, la participation des partenaires sera plus active et plus dense, et les relations qui les relient seront plus solides, puisque les rapports reposent sur les complémentarités des ressources, des technologies et du savoir faire. On peut distinguer deux formes d'alliances :

- ***Une alliance stratégique***<sup>71</sup>

L'alliance stratégique est une forme particulière de coopération entre des firmes indépendantes mais qui partagent quelques objectifs communs. Pour cela, elles définissent les modalités de leur coopération et mettent en commun des ressources financières, de la technologie et le savoir faire, dans l'intérêt de chaque firme.

---

<sup>70</sup> Silem.A, Jean-Marie.A. : « *Lexique d'économie* », éd DALLOZ, 2006, p157.

<sup>71</sup> Dans le domaine industriel, cette stratégie est la plus utilisée et présente une alternative à la stratégie de fusion /acquisitions

- ***Les filiales communes***

Lorsque deux entités ont une activité commune à réaliser, elles vont procéder à la création d'une filiale commune. Cette coopération est donc concrétisée par le nouveau statut de la firme. Par exemple, deux hôpitaux décident de créer un centre d'analyse médicale ou un bloc opératoire qui sera à la disposition des deux structures. Cette nouvelle structure est le résultat d'une coopération de deux établissements de soins. L'objectif de cette coopération est de limiter les coûts et éviter les périodes d'inactivités.

## **Conclusion**

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

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.

Or, 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.

Les profondes recompositions qui ont vécu les systèmes de santé des pays en développement mettent en évidence, en premier lieu, les arrangements institutionnels (déconcentration, décentralisation administratives, l'autonomie, etc.) Et, en deuxième lieu, les arrangements contractuels. ces derniers ont pour objectifs la redistribution des rôles et la réorganisation des relations entre les nouveaux acteurs.

La multiplicité des acteurs et leur spécialisation dans des fonctions bien spécifiques ont donné lieu à une très grande diversité de type de relations contractuelles. Ces dernières sont basées soit sur la délégation de responsabilité, soit sur un acte d'achat, enfin soit sur la logique de coopération.

Cette complexité des approches contractuelles oblige les différents acteurs à une maîtrise parfaite du cadre opérationnel de la contractualisation qui sera l'objet du prochain chapitre.

# CHAPITRE II :

## LE CADRE OPERATIONNEL DE LA CONTRACTUALISATION

## CHAPITRE II : LE CADRE OPERATIONNEL DE LA CONTRACTUALISATION

### Introduction

Les expériences de la contractualisation sont peu nombreuses dans les pays en développement. L'insuffisante maîtrise du cadre théorique, et le manque d'une littérature spécialisée retardent le développement des dispositifs contractuels dans les systèmes de santé de ces pays. On constate souvent une mise en application anarchique des dispositifs contractuels, et ce sans le respect des bases opérationnelles de la contractualisation (cadre normatif définie par l'OMS)

La mise en œuvre d'une relation contractuelle sans maîtrise et/ou sans respect du cadre opérationnel peut être à l'origine d'inefficacité<sup>72</sup>, et peut même perturber gravement le fonctionnement des systèmes de santé. Ce chapitre est justement consacré au cadre opérationnel de la contractualisation.

En premier lieu, nous tenterons de mettre en évidence les étapes les plus importantes à suivre pour lancer une relation contractuelle, et ce de la préparation jusqu'à la fin du contrat.

En suite, nous essayerons de faire le lien entre les différents niveaux de la politique sanitaires. En d'autres termes : comment mettre en adéquation la politique nationale de santé, la politique contractuelle globale, la politique contractuelle spécifique et les arrangements contractuels

Enfin, vu l'importance de la politique contractuelle et sa place dans tout processus contractuel, Nous traiterons les différentes étapes de l'élaboration d'un document de base d'une politique contractuelle.

---

<sup>72</sup> Certains pensent que la contractualisation est la voie qui mène à la privatisation, c'est-à-dire la fin de l'ère de la gratuité des soins. Pour d'autres, la contractualisation peut augmenter le phénomène de la corruption par la voie de la passation des marchés.

## I. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE RELATION CONTRACTUELLE

Avant de citer les différentes étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle, il est important de d'évoquer les facteurs qui incitent chaque acteurs à entrer en relation et leur capacité juridique.

### 1. Les facteurs qui incitent les acteurs à s'engager dans une relation contractuelle

Chaque acteur, qui souhaite entrer en relation contractuelle, a certainement calculé soigneusement les bénéfices qui peuvent être tirés à la fin du contrat. Maximiser le profit est donc l'objectif de chaque contractant.

Si on prend l'exemple d'un ministère de la santé qui souhaite confier la responsabilité de gestion d'une structure sanitaire publique à une ONG, les deux acteurs peuvent justifier leurs actions par différentes raisons :

- Pour le ministère de la santé :
  - L'insuffisance des moyens financiers alloués à la santé et ses répercutions sur le fonctionnement et la qualité des services rendues par les structures de soins de santé publiques.
  - Le ministère n'est pas prêt à affecter plus du personnels à ses structures sous contrainte de manque de sources de financement.
  - Le ministère peut utiliser des infrastructures sanitaire qui ne détient pas (des structures sanitaire des ONG par exemple) pour mette en œuvre ses politiques nationales de santé en encadrant les actions des ONG par les clauses des contrats.
  - Le désengagement progressif des ministères de la prestation des services de soins et de leur financement constitue un renforcement de son rôle du contrôle et de la surveillance des activités des acteurs privés.

- Pour les acteurs privés (les ONG par exemple) :
  - L'acteur privé peut croit son influence sur une zone géographique sans trop dépenser dans la construction des structures de soins qui nécessitent de grands investissements.
  - Cet acteur peut bénéficier des subventions de l'Etat suit aux financements des programmes qui va exécuter dans le cadre des clauses des contrats.
  - Il peut élargir ses investissements et augmenter ses recrutements en offrant beaucoup plus de postes de travail pour ses membres.
  - Il élimine des concurrents potentiels, ce qui diminue les coûts pour bien l'estimation des coûts de projet.

## 2. La capacité juridique des acteurs

Avant de s'engager dans une relation contractuelle, les acteurs doivent s'interroger sur la capacité juridique des partenaires avec les quels ils auront affaire, cette question s'impose pour éviter tous type de litiges au future<sup>73</sup>.

La résolution de ce type de problème et la détermination des droits de signer un contrat ou pas, dépend en grande partie du droit national de chaque pays, on peut les regrouper en deux catégories :

- La première, dans le cadre de la décentralisation où une structure de santé sera dotée d'un statut qui la rend un peu détachée de l'entité mère, ce détachement se traduit par une autonomie de gestion, un budget spécial et une réglementation interne, etc. Mais elle n'est pas dotée d'une personnalité juridique qui lui permet de s'engager librement dans une relation contractuelle sans consulter l'avis de l'entité mère (entité supérieure). Cette mesure permet de donner une certaine liberté aux structures de soins déconcentrées toute en métrisant et encadrant les relations contractuelles qu'elle signe.
- La deuxième solution est traduite par la dotation de ces structures d'une personnalité juridique, c'est le cas par exemple des hôpitaux publics qui sont dotés d'une

---

<sup>73</sup> Si on revient sur l'exemple des associations de santé communautaire (ASACO) au Mali qui ont pris la mission de la gestion des centres de santé publique, en cas de rupture de cette relation, la question de propriété de ces centres s'impose. Est-ce- que ces centres restent la propriété de l'Etat ? Ou bien, ils deviendront la propriété des ASACO ?

autonomie avec une personnalité juridique<sup>74</sup>. Ou encore, les ONG qui ont plusieurs domaines d'intervention et qui veulent séparer chaque structure de l'entité mère en dotant ces structures par un statut juridique particulier, clarifier les relations qui peuvent exister entre l'entité mère et ses structures autonomes (les églises qui veulent séparer leurs structures religieuses et leurs structures sanitaires en autonomisant chaque structures).

Ces deux types de solution ont des avantages et des inconvénients qui doivent être clairement identifiés par les responsables, et les partenaires de ces derniers doivent être suffisamment informés sur le statut juridique qui peut être une source des conflits dans le futur.

Le respect de toutes les étapes de la concrétisation d'une relation contractuelle augmente sensiblement les probabilités de réussir cette relation et atteindre ses objectifs visés. Dans cette présente section nous tenterons d'expliquer donc les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle et l'importance de chaque étape.

### **3. Les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle**

Pour mettre correctement en œuvre une relation contractuelle, on doit passer par plusieurs phases à savoir

#### **3.1. PHASE I: Préparation d'une relation contractuelle**

Cette phase commence dès que les acteurs du système de santé prennent conscience que la contractualisation représente la solution la plus adéquate à un problème bien diagnostiqué. Elle se prolonge jusqu'à ce que ces acteurs procèdent effectivement à la formalisation de cette relation.

Cette phase est d'une importance cruciale dans le processus contractuel, la réussite ou l'échec d'une relation contractuelle dépend d'une grande partie de l'importance accordée à cette dernière, elle se base sur deux facteurs importants :

- La nécessité de déterminer un objet claire de la contractualisation :

Vue la complexité des relations contractuelles, l'objet de la contractualisation se distingue d'un type de relation contractuelle à un autre. En effet, l'objet d'un simple contrat de sous-traitance n'a pas la même importance que l'objet d'un contrat de dévolution d'une zone

---

<sup>74</sup> Cas des hôpitaux autonomes ou les centres SEGMA au Maroc.

géographique à une ONG dans le but de prendre en charge la santé de la population de cette dernière.

- La nécessité de déterminer le type de cette relation :

On doit faire distinction entre les relations basées sur la compétition et les relations qui sont basées sur le partenariat (coopération) :

Une relation basée sur la *compétition*<sup>75</sup> : dans ce cas, on suppose qu'il y a un acteur (le principal, selon la théorie de l'agence) qui propose une relation contractuelle et d'autres acteurs (agent) qui se mettent en concurrence pour être sélectionnés par l'initiateur de cette relation. C'est le cas par exemple d'un Hôpital qui envisage de sélectionner l'acteur privé le plus compétitif (selon le prix et la qualité de son service) dans le but d'externaliser son service de restauration.

Une relation basée sur le *partenariat*<sup>76</sup> : dans ce cas, les partenaires fondent leur relation sur la base de la confiance et la négociation, le choix se fait de gré à gré et loin de la concurrence.

C'est le cas par exemple d'un hôpital qui a conclu un contrat avec un acteur privé, à la fin du premier contrat et après la bonne prestation et les bons résultats réalisés. La direction de l'hôpital décide donc de reconduire cet acteur pour un autre contrat négocié avec la manière de gré à gré basée sur la confiance qui sera traduite dans le comportement d'honnêteté des acteurs en dévoilant leur vraie compétence et dans l'exécution des clauses des contrats sans faire trop appel aux instruments de contrôle et d'incitation qui sont généralement coûteuses. Cette logique encourage les contractants à inscrire leur contrat dans le long terme ce qui diminuera les coûts engendrés par l'organisation des marchés (appels d'offre) et gagner le temps consacré à ce genre de procédures juridiques et administratives<sup>77</sup>.

Dans les deux cas de type de relations contractuelles citées précédemment, les étapes à suivre pour la conduite d'une relation contractuelle restent valables dans l'ensemble.

---

<sup>75</sup> OMS : « *La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE* », discussion paper N° 4, 2006

<sup>76</sup> Idem

<sup>77</sup> OMS : « *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration des systèmes de santé* », discussion paper numéro 1, 2004.p45

### 3.1.1. Identification des acteurs

Il est important de connaître clairement le statut des acteurs (public, privé) et leur caractère légal

L'importance de cette distinction est justifiée par l'importance du choix du type de contrat et le droit qui régit le déroulement des clauses de ce contrat. La distinction donc entre droit public et privé est d'une importance majeure.

Les attentes des deux acteurs sont en grande partie divergentes puisque l'acteur public veille sur l'amélioration de l'état de santé de toute la population ; un objectif donc, d'intérêt général. Par contre l'acteur privé ne pense qu'à réaliser des résultats financiers positifs, un but donc purement lucratif.

Les acteurs contractants doivent être informés du type du contrat qui les a réunis, contrat administratif, contrat de droit public ou privé.

### 3.1.2. La reconnaissance des acteurs identifiés

L'émergence et l'augmentation sensible des nouveaux acteurs impliqués dans le secteur de la santé et leur degré élevé de spécialisation rend plus difficile la mission de connaître tous les acteurs, et parfois pour les connaître, cela nécessite des coûts élevés<sup>78</sup>. Dans ces conditions de l'absence de confiance entre les nouveaux acteurs, il faut chercher une solution adéquate à ce problème.

L'accréditation est donc l'une des solutions qui tente de régler ce problème de reconnaissance des acteurs. L'accréditation est une mission du ministère de la santé qui consiste à déterminer une liste des acteurs de santé qu'on estime capable de reprendre avec la meilleure façon aux attentes des populations.

La tâche de l'accréditation est confiée à un organisme autonome qui évalue chaque acteur qui active sur le champ de la santé, cela se fait sur la base d'une liste des critères déterminés préalablement. À la fin de l'opération, cet organisme dresse une liste des acteurs accrédités avec les quels on peut entrer en relation contractuelle et dans les quels on peut faire confiance.

---

<sup>78</sup> Les coûts de la recherche de l'information suffisante sur les acteurs à contracter et sur l'objet du contrat

En outre de l'objectif de l'amélioration de la confiance entre les acteurs de la santé, l'accréditation a d'autres objectifs :

- ✓ L'amélioration de la qualité des prestations des soins
- ✓ L'évaluation continue permet d'estimer la capacité de l'établissement à améliorer la qualité des services rendus à la population.
- ✓ La formulation des recommandations permet de détecter les défaillances des établissements de soins et permet de center les efforts de l'amélioration sur les remarques faites par l'organisme.
- ✓ La reconnaissance de la qualité des soins par un organisme indépendant constitue un facteur de performance de l'établissement ce qui les motive à améliorer davantage leur qualité de service.

### **3.1.2. L'organisation**

A la fin de la phase de l'identification des acteurs, la phase de l'organisation commence. Elle contient aussi plusieurs étapes.

#### **3.1.2.1. Le rôle de chaque acteur dans une relation contractuelle**

Le rôle de chaque acteur dans une relation contractuelle est différent d'une relation contractuelle à une autre, selon la complexité de cette dernière. Si on prend l'exemple d'une relation de sous-traitance, le sous-traitant doit assurer une bonne prestation de service, le sous-traité doit assurer le paiement (le prix) de la contre partie des services rendus comme il a été déterminé pendant la négociation du contrat. Mais dans le cas d'une relation contractuelle plus complexe, on distingue des acteurs qui sont impliqués dans une relation sans être engagés directement dans la relation. Par exemple, dans le cas d'une relation contractuelle entre les médecins privés et les mutuelles de santé, le ministère de la santé est impliqué dans cette relation indirectement en assurant les missions suivantes : information, consultation...

#### **3.1.2.2. Diagnostic**

Le diagnostic se base essentiellement sur l'analyse de la faisabilité qui se compose à son tour en trois volets d'analyse : analyse stratégique de la relation, identification des contraintes et une étude économique.

- **Analyse de la faisabilité**

Jusqu'à présent, les étapes citées auparavant permettent d'aider les futurs contractants à prendre une décision de s'engager dans une relation contractuelle ou non. Cette dernière phase (analyse de la faisabilité), c'est-à-dire évaluation des coûts et les avantages attendus de leur relation (analyse coûts avantages)<sup>79</sup>, représente une réponse claire aux différentes interrogations et hésitations de plusieurs acteurs, elle consiste à la contribution de chaque partie contractante à l'évaluation exacte des coûts des services à fournir. Malgré qu'elle engendre des coûts supplémentaires, mais elle participe aussi à l'accélération des procédures qui suivent.

Cette phase est très importante surtout dans les relations contractuelles basées sur la coopération, mais elle n'est pas adaptée à la relation de type de passation de marché par voie d'appel d'offre, dans ce cas l'initiateur a déjà fixé le coûts minimum de cette relation et les autres acteurs procèdent à l'évaluation économique de cette offre. En suite, chacun propose un prix supérieur aux coûts minimum mais qui lui permet de rester en concurrence avec les autres acteurs intéressés.

En faisant cette analyse, on doit se baser sur des déterminants bien précis :

- **Analyse stratégique de la relation**

Les acteurs qui souhaitent s'engager dans une relation contractuelle doivent avoir des informations suffisantes sur les facteurs environnementaux, le profit épidémiologique, les stratégies politiques et économiques... On peut répartir ces éléments d'analyse stratégique en trois (03) rubriques :

- ✓ Le repérage des éléments de contexte.
- ✓ La détermination des obstacles à éviter ou à contenir.
- ✓ Identification des agents et des facteurs de facilitation (les intermédiaires en cas de litiges).

- **Identification des contraintes**

On peut classer les contraintes qui peuvent être des obstacles à la mise en œuvre d'une relation contractuelle en deux types :

---

<sup>79</sup> L'analyse coûts-avantages consiste à comparer les gains et les profits qui seront tirés de cette relation et les coûts dépensés dans cette transaction, si ces derniers sont supérieurs aux gains l'acteur renonce et il ne continue même pas les étapes suivantes.

- *les contraintes contractuelles :*

Ces contraintes apparaissent pendant la phase de préparation, elles se sont identifiées pendant les premières études menées par les futurs contractants, elle consiste à confirmer se qui suit :

- La disponibilité des moyens, des équipements et le personnel qualifié pour l'exécution du contrat.
- Avoir une idée claire sur le cadre juridique et réglementaire qui autorise ce genre de relation contractuelle.
- La capacité juridique et financière de la structure à contracter.

- *Les contraintes exécutives*

Avant de se lancer dans l'application des clauses du contrat, les partenaires doivent prendre en compte deux facteurs très importants :

- ✓ Le facteur temps et le respect des délais.
- ✓ Classement par priorité des actions à mener selon le degré d'urgence des problèmes à résoudre.

- *La contrainte du temps :*

Tous les projets à réaliser sont soumis à un calendrier bien déterminé préalablement, les partenaires doivent impérativement le respecter parce qu'il s'agit d'un domaine très sensible qui est celui de la santé.

Ce secteur, plus que les autres, exige des actions bien précises réalisées dans des délais aussi précis sans prolongation ou retard<sup>80</sup>.

- *Le degré d'urgence :*

Quand les partenaires déterminent un plan d'action, ils doivent élaborer une liste des actions à mener par ordre de priorité sur la base de l'urgence de l'action.

---

<sup>80</sup> Si on prend l'exemple d'une campagne de vaccination qu'on doit réaliser en urgence pour lutter contre une maladie qui se propage rapidement dans la population, le respect des délais devient l'une des conditions de la réussite de l'opération. Si non, un retard dans l'exécution peut compliquer la situation et on perd facilement le contrôle de la maladie.

- **Etude économique**

Elle est traduite par l'évaluation des coûts et la recherche des sources de financement pour cette transaction. Cette phase constitue le déterminant le plus important dans l'analyse de la faisabilité, elle consiste à faire une estimation des moyens humains, matériels et financiers nécessaire à assurer le bon déroulement des contrats et chercher aussi à déterminer à l'avance l'origine de ces ressources.

### **3.2. PHASE 2: La formalisation de la relation contractuelle**

La phase de la formalisation d'une relation contractuelle commence dès que les partenaires terminent la phase de préparation du contrat, elle termine à la signature et la diffusion du contrat. Cette phase contient plusieurs étapes.

#### **3.2.1. Etape de la négociation**

Tout au long de cette phase les futurs contractants procèdent à un processus de négociation des clauses du contrat en établissant un espace de communication qui permet aux acteurs de clarifier un certains nombre de points importants à savoir :

- Déterminer les engagements de chaque acteur en détaillant les tâches et les missions de chacun d'eux.
- Déterminer les résultats attendus pour chaque partie, soit en terme financier ou bien en termes de qualité des services fournis.
- Avoir une idée bien précise sur les conséquences et les sanctions d'un non respect des engagements de chaque acteur.
- L'objectif de l'étape de la négociation est de minimiser les risques de litiges qui provoquent une augmentation sensible des coûts de cette transaction.

#### **3.2.2. Etape de rédaction de contrat**

Dans la rédaction d'un contrat, il convient d'éviter deux limites : la première est lorsque le contrat est rédigé sur une page, sans contenir le minimum d'informations nécessaires pour servir comme un cadre de référence pendant l'exécution du contrat. La deuxième : est celle de la rédaction du contrat sur une centaine de page avec les moindres détails, au point de ne pas donner une petite liberté aux contractants de réagir aux éventuels événements imprévus. Il est

toutefois important de s'entendre sur le degré de la précision du contrat, cette dernière dépend d'une grande partie de type de contrat (contrat classique ou contrat relationnel), elle a un impacte sur la compréhensibilité du document qui implique sa bonne exécution, sur les coûts de cette transaction et sur la qualité du partenariat en général.

Pour que le contrat soit clair et précis, il doit tenir compte des éléments suivants, c'est-à-dire une structure type de contrat.

1. Une référence claire à une politique nationale de santé ou une politique contractuelle (contexte du contrat).
2. Identification des parties prenantes et leur statut juridique et le rôle de chaque acteur dans cette relation.
3. L'objet de contrat doit être bien précisé dans le contrat.
4. Rappeler les partenaires de quelques règles générales lorsqu'il s'agit d'un service public (les conditions d'axer aux soins, les tarifs appliqués, etc.).
5. Les moyens à mettre en place et les objectifs à atteindre doivent être clairement déterminés et acceptés par contractants.
6. La durée du contrat doit être bien déterminée et renouvelable.
7. Détermination des indicateurs de performance pour pouvoir évaluer les résultats.
8. Détermination des mécanismes de suivi et de contrôle.
9. Détermination des mécanismes de résolution des problèmes et des conflits et les instances qui s'en chargent.

### 3.2.3. Validation d'un contrat

Une fois le document est rédigé et avant de procéder à son application, il faut que les parties prenantes obtiennent une approbation préalable, c'est l'étape de la validation du contrat.

Pour la validation de contrat, il est nécessaire de vérifier quatre (04) conditions :

- **consentement des acteurs**

La décision de s'engager dans une relation contractuelle doit découler directement d'une volonté personnelle du contractant. Cependant, aucun acteur ne sera obligé de passer un contrat avec un autre acteur, le ministère de la santé peut inciter un acteur à entrer dans une

relation contractuelle en lui facilitant les procédures ou avec des incitations financières mais il ne peut jamais le forcer à le faire.

- **La capacité à contracter**

L'acteur qui souhaite entrer en relation contractuelle doit avoir un statut juridique qui lui permet de signer le contrat ou bien une preuve d'une délégation de responsabilité de signer le contrat.

- **Un objet certain**

L'objet du contrat doit être clairement défini dans le contrat. Il est parfois la cause des conflits, lorsque cet objet n'a pas été suffisamment clair, dans le cas par exemple d'une relation contractuelle entre acteur privé et une tutelle publique, lorsque les deux parties ne détiennent pas le paquet minimum de service à fournir à la population cette ambiguïté peut être l'origine d'un conflit entre ces contractants.

- **Une cause licite**

Le contrat ne peut jamais porter sur des causes en contradiction avec l'objectif noble de la contractualisation. Toute cause en divergence avec le but de l'amélioration de la santé de la population ne sera pas validée.

## **2.1. Signature du contrat**

Cette étape vient pour officialiser la relation en procédant à la signature du document (le contrat) cette signature signifie une approbation de toutes les clauses du contrat et ses détails. Avant de signer ce contrat, les négociateurs doivent informer les décideurs de la version finale du contrat avant qu'elle soit approuvée par la tutelle (conseil d'administration, ministre). Pour cela, on doit vérifier quelques principes concernant la signature du contrat.

- Il faut faire une distinction entre deux cas en utilisant le terme « signataire ». Ce mot peut signifier : premièrement, l'institution ou bien la tutelle (la personne morale) qui signe le contrat. Deuxièmement la personne qui représente cette institution qui applique les instructions de cette dernière.
- La capacité juridique est une condition nécessaire pour la signature du contrat.

- Le nom de la personne signataire déléguée par une instance supérieure doit figurer dans le texte du contrat pour donner une démentions plus professionnelle à cet évènement (signature du contrat) il sera utile d'organiser une cérémonie de signature.

### **3.3. PHASE 3 : La mise en œuvre du contrat**

Après la signature du contrat, les parties contractantes procèdent à l'application et la mise en œuvre de leur accord et les activités sur lesquelles se sont entendus en se référant quotidiennement aux clauses du contrat qui constituent une référence pratique.

Pendant l'exécution du contrat, il est impérativement nécessaire de respecter quelques principes :

#### **3.3.1. Les principes d'application du contrat**

✓ *L'application de toutes les clauses du contrat*

Les signataires du contrat doivent veiller sur la bonne exécution du contrat en préparant tous les moyens nécessaires, il est donc important de mobiliser tous les moyens financiers et envisager des formations pour le personnel lorsqu'il s'agit d'une nouvelle activité pour s'assurer du bon déroulement des activités.

Pour inciter les contractants à dévoiler leurs vraies compétences et écarter les effets négatifs de leur comportement opportuniste, des instances d'accompagnement et de suivi seront mises en place.

✓ *La mise en place d'un comité d'intermédiation :*

Un comité d'intermédiation doit être mis entre toutes les parties intégrantes du contrat, sa mission est de faire réunir ces dernières, périodiquement, pour discuter les états d'avancements des activités et poser les problèmes qui les empêchent à avancer dans les activités programmées.

✓ *Le rôle du comité de suivi :*

Le comité de suivi doit s'assurer que les rapports d'avancement sont réellement réalisés pour qu'ils ne restent pas que des pièces administratives.

Le comité de suivi doit avoir la capacité d'anticiper les conflits et de détecter les sources des problèmes à un stade précoce. Cela se fait généralement pendant les réunions périodiques.

### **3.3.2. Avenants et ruptures**

Pendant l'exécution du contrat et lorsque y a un problème qui bloque la relation, les contractants peuvent apporter quelques modifications aux clauses du contrat pour avoir plus de souplesse dans son application<sup>81</sup>, sous réserves de quelques conditions :

- Toutes les parties prenantes doivent être informées des modifications apportées.
- Consulter l'avis des instances de contrôle et des tutelles (le ministère de la santé) pour que ces modifications ne se divergent pas avec la politique nationale de santé et avec la politique contractuelle.
- Toutes les parties prenantes du contrat doivent accepter les modifications.

### **3.3.3. Le contrôle**

Le rôle du contrôle est assuré par l'administration sanitaire centrale, elle veille donc sur l'encadrement de ces relations avec les lois et règlements (code de la santé publique) et avec le contrôle direct (avec les comités de suivi et de contrôle). Le contrôle sera plus rigoureux lorsqu'il s'agit d'un service public.

## **3.4. PHASE 4: Fin du contrat**

Pendant la négociation d'un contrat, parmi les éléments à négocier : la durée du contrat, à la fin donc de cette durée, trois (03) possibilités se présentent : renouvellement, renégociation, arrêt.

### **3.4.1. Le renouvellement**

À la fin du contrat du contrat, si les parties concernées par le contrat ont obtenu des résultats satisfaisants, ils décident alors de renouveler le contrat avec les mêmes conditions de départ.

---

<sup>81</sup> OMS : « *Le recours à la contractualisation dans les systèmes de santé : principaux messages* », résumés techniques pour décideurs, numéro 04, 2005.p34

### **3.4.2. La renégociation**

Dans ce cas, les partenaires ne sont pas totalement satisfaits des résultats obtenus. Ils proposent que si quelques clauses du contrat seront modifiées, les résultats seront beaucoup mieux ; alors ils décident de maintenir le même contrat mais avec la renégociation de quelques conditions et quelques clauses qui ont gêné le bon déroulement des activités du contrat écoulé.

### **3.4.3. L'arrêt**

Lorsque les résultats réalisés ne sont pas à la hauteur des attentes des résultats escomptés, les partenaires décident de ne pas renouveler le contrat.

La mise en place d'une relation contractuelle passe par plusieurs étapes. Le respect de toutes ces dernières peut faciliter le processus et évite les éventuels litiges qui peuvent provoquer des coûts supplémentaires.

## **II. LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET LA POLITIQUE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION**

Pour appliquer le principe de la contractualisation dans un cadre systémique, des outils s'avèrent nécessaire comme la politique nationale de santé et la politique nationale de contractualisation. Il est donc nécessaire de les développer ci-après.

### **1. La politique de santé**

Pour bien gérer ces systèmes et bien orienter leur action dans le but d'atteindre des objectifs préalablement définis, l'existence d'un instrument fiable s'impose, et qui est représenté par la politique nationale de santé.

#### **1.1. La politique nationale de santé**

La politique de santé est les principaux axes des stratégies et des moyens à mettre en place pour mener une action qui vise la satisfaction des besoins en santé des patients. Ces politiques sont élaborées pour atteindre des objectifs répartis en deux options stratégiques.

- Des objectifs de la politique de santé axés sur l'amélioration des solutions aux problèmes de santé<sup>82</sup>; comme la lutte contre les maladies les plus dangereuses et trop coûteuses (les Maladies Cardio-vasculaires, le Cancer, le Diabète....) en essayant le maximum possible de réduire leur impactes sur le niveau de morbidité et de mortalité dans la population.
- Les objectifs de la politique de santé axés sur l'amélioration des structures et des services<sup>83</sup> telle que la modernisation des structures des soins, l'introduction des nouvelles techniques de l'information et de la communication dans les hôpitaux (télé médecine, améliorer la formation des médecins, etc.)

Principalement, une politique de santé doit répondre, entre autre, aux questions suivantes :

- Quel niveau de santé veut-on atteindre?
- Quelles sont les ressources que la communauté nationale accepte de mobiliser, et ce en rapport avec le niveau de développement du pays ?
- Quel devrait être le système de financement de la santé ?
- Comment organiser la solidarité nationale en la matière ?
- Quels sont les grands problèmes de santé ?
- Quelle est l'organisation sanitaire la plus appropriée aux progrès enregistrés au niveau international ?

Les éléments de réponse à ces questions constituent une architecture globale et les grands axes d'une politique nationale de santé.

## 1.2. Le cadre systémique de la contractualisation

La contractualisation peut être une idée isolée de deux ou de plusieurs acteurs du système de santé qui cherchent à mieux organiser leur relation dans le but de maximiser leurs profits sans considération pour l'intérêt général<sup>84</sup>.

Cette logique se diverge avec l'objectif de la contractualisation. Pour donner alors une cohérence à la contractualisation, il faut être capable de mettre toutes les relations

---

<sup>82</sup> OMS : « Une politique nationale de contractualisation : Guide pour son élaboration et son suivi » discussion paper N° 2, 2007.p89

<sup>83</sup> Idem

<sup>84</sup> OMS : « Renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement : le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », rapport de secrétariat de la cinquante sixième assemblée mondiale de la santé, avril 2003.

contractuelles isolées (spécifiques) dans un cadre systémique global et cohérent qui peut améliorer l'efficacité du système de santé. Pour se faire, l'Etat doit avoir des outils pour constituer ce cadre systémique comme les politiques contractuelles, les conventions cadres et les lois et règlements.

## **2. Les politiques de contractualisation**

On appelle une politique de contractualisation toutes les actions prises par les décideurs gouvernementaux dans un cadre cohérent pour améliorer l'état de santé de la population<sup>85</sup>, le ministère de la santé définit préalablement un cadre de référence pour ces pratiques pour les encadrer et les orienter vers un seul objectif en évitant les incoordinations d'une juxtaposition d'arrangements contractuels pour que toute relation contractuelle soit une traduction opérationnelle d'une stratégie globale de santé.

On peut distinguer principalement deux types de politiques contractuelles selon leur niveau d'intervention ; une politique globale et une politique spécifique de contractualisation.

### **2.1. La politique globale de contractualisation**

Le mi-chemin entre forte privatisation et une Etatisation complète repose sur un engagement politique qui doit être capable d'accompagner les différents acteurs de la santé à réaliser l'objectif de l'amélioration de l'efficacité et la performance des systèmes de santé. Pour réaliser cet objectif, une politique globale de contractualisation est fortement recommandée, elle est considérée comme l'une des stratégies la plus adéquate à cette mission.

La politique globale de contractualisation a comme mission principale de poser les grands axes d'une stratégie d'action dans le domaine de la santé dans le but d'atteindre des objectifs bien déterminés.

#### **2.1.1. Les axes stratégiques de la politique contractuelle**

La politique globale de contractualisation doit se baser sur les axes stratégiques suivants :

---

<sup>85</sup> Boulamizat 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. P6.

1. Améliorer la qualité de la mission de service public en motivant la participation des partenaires de service de santé.
  - ✓ Le sous service à but non lucratif.
  - ✓ Le sous service privé à but non lucratif.
  - ✓ Le sous service public.
2. L'implication de tous les acteurs du service de santé.
3. Améliorer l'efficacité des acteurs.
  - ✓ La sous-traitance des services intermédiaires.
  - ✓ La contractualisation au niveau des ressources humaines.
  - ✓ Les contrats de performance.
4. Améliorer les relations entre les institutions de financement et les prestataires de services.
5. Promouvoir la coopération interinstitutionnelle.
  - ✓ Le contrat de jumelage.
  - ✓ Les contrats avec les institutions de formation.
6. Le recours à la haute technicité.

Il n'est pas toujours facile d'arrêter une politique globale de contractualisation au niveau national, vu les changements et les événements incertains qui peuvent perturber un programme d'action. Pour élaborer une politique globale de santé il est important de d'éviter deux cas limites<sup>86</sup> :

- ✓ La première limite est de ne pas essayer de définir une politique contractuelle largement détaillée au point de limiter les marges de manœuvre des contractants et limiter les possibilités de réagir suite aux événements imprévus et de freiner toute volonté de rendre la relation plus flexible aux contextes et aux conjonctures qui peuvent se présenter. Cette initiative de réaction doit être encouragée par la politique globale de contractualisation.
- ✓ La seconde limite oppose la première, elle consiste à éviter de poser des principes trop globaux et trop théoriques sans prendre en compte les vrais problèmes à résoudre, cette déconnection entre l'aspect théorique et l'aspect opérationnel de la contractualisation et pour optimiser l'intérêt de la contractualisation, il faut savoir bien choisir le type de relation contractuelle la plus adéquate au contexte économique, juridique et social de chaque situation.

---

<sup>86</sup> OMS : « Une politique nationale de contractualisation : Guide pour son élaboration et son suivi » discussion paper N° 2, 2007.p66

### 2.1.2. Les conditions à vérifier dans une politique de contractualisation globale

Pour éviter le problème d'une simple prise de position sans considération opérationnelle, la politique contractuelle globale doit trouver une bonne position entre ces deux limites en vérifiant les évènements suivants :

- ***L'inscription dans la politique nationale de santé***

Avant de procéder à la mise en œuvre de la politique contractuelle il faut avoir en amont la validation et l'acceptation de la politique nationale de santé de l'utilisation de l'outil contractuel comme option stratégique pour atteindre l'objectif de l'amélioration de la performance du système de santé<sup>87</sup>.

- ***L'inscription dans un cadre légal***

Les principes de la contractualisation ne doivent pas être en contradiction avec les textes et les règles législatives qui régissent le fonctionnement des systèmes de santé de chaque pays<sup>88</sup>. Pour de nombreux pays la contractualisation ne pose pas de problèmes légaux mais pour d'autre il faut réadapter leurs loi aux nouveaux contextes en autorisant l'utilisation de la contractualisation comme solution qui vise à mieux organiser les systèmes de santé.

- ***Définir les objectifs et les stratégies mises en place:***

La politique de contractualisation doit monter clairement les objectifs à atteindre en élaborant une liste exhaustive de ses objectifs selon les domaines de contractualisation et le type de relations utilisées, en essayant de justifier le recours à chaque type de relation et les résultats attendus pour pouvoir faire une évaluation des résultats à la fin de chaque relation.

- ***Déterminer les domaines contractualisables***

La politique globale de contractualisation est sensée de designer les domaines dans les quels on peut appliquer et développer les relations contractuelles, ceci dépend de la politique nationale de santé de chaque pays ; certains pays ont opté pour l'utilisation de cet outil au niveau des hôpitaux publics (en France : les réseaux de périnatalité dans la région RHONRS-ALPES), d'autres pays l'appliquent au niveau des centres primaires (Mali).

---

<sup>87</sup> Idem

<sup>88</sup> OMS : « *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé* », rapport de la cinquante-sixième assemblée mondiale de la santé, 28 mai 2003.p65

- **Déterminer les acteurs à contracter :**

Selon les domaines et les objectifs de la contractualisation, la politique globale de contractualisation est sensée de déterminer les acteurs qui ont un statut juridique et avec lesquels il est possible de s'engager dans une relation contractuelle après l'opération de l'accréditation.

### **2.1.3. Les principes de la politique globale de contractualisation**

Il est aussi intéressant que la politique nationale de santé globale respecte les principaux fondements suivants :

- La politique contractuelle globale doit expliquer clairement que la contractualisation est l'un des moyens les plus efficaces d'organiser et d'établir des relations durables et solides entre les acteurs de la santé et convaincre les acteurs que la contractualisation ne signifie jamais un désengagement de l'Etat ou une volonté de privatiser le secteur de la santé<sup>89</sup>.
- Encourager les relations contractuelles existantes déjà et qui se convergent avec les principes de la politique nationale de santé mais arrêter aussi les relations qui visent des intérêts personnels des acteurs au détriment de l'intérêt général.
- La relation contractuelle doit déterminer les domaines les plus prioritaires dans lesquels il est jugé intéressant de développer cet outil comme moyen de résoudre efficacement ses problèmes.
- La PCG doit constamment procéder à une évaluation des résultats et une amélioration progressive des politiques contractuelles en les rendant plus adaptées à la nouvelle situation, de nouvelles conjonctures économiques et de nouveaux profils épidémiologiques.

## **2.2. La politique contractuelle spécifique**

La multitude des domaines de la contractualisation (gestion, financement, lutte contre les maladies dangereuses ...) implique une grande multitude des objectifs et stratégies de la contractualisation. Par conséquent, des politiques contractuelles spécifiques doivent être

---

<sup>89</sup> Cette idée est trop fréquente dans les pays en développement, elle est souvent considérée comme la fin de la gratuité des soins.

élaborées pour atteindre l'objectif relatif à chaque domaine spécifique de santé, toutes ces politiques doivent aussi être des éléments de la politique nationale de santé.

### **2.2.1. Les domaines de la politique contractuelle spécifique**

#### **1- *La lutte contre les maladies à grande prévalence :***

On peut élaborer des politiques contractuelles spécifiques pour la lutte contre des maladies dangereuses qui menacent une grande proportion de la population, comme la lutte contre la Malaria, le Cancer, la Tuberculose, etc. L'exemple fameux de cette stratégie c'est la stratégie DOTS (DIRECTE OBSERVED TREATMENT SHORT-COURS), elle est considérée aujourd'hui l'une des politiques contractuelles spécifiques les plus efficaces pour la lutte contre la Tuberculose à moindre coût<sup>90</sup>. Plusieurs pays ont mis en place cette technique à savoir : L'Inde, la Chine, le Cambodge...

#### **2- *Les interventions prioritaires de santé :***

Dans le cas, des interventions prioritaires pour la prise en charge d'une maladie spécifique et d'une population bien déterminée. Pour la prise en charge des maladies respiratoires chez l'enfant de moins de 10 ans, la politique contractuelle spécifique sert à définir les modalités de délégation de cette responsabilité à un acteur privé (ONG, hôpitaux privés,...etc.).

#### **3- *Les relations entre les détenteurs de fonds et les prestataires de soins :***

Dans ce cas, les relations contractuelles déterminent clairement les modalités de financement et de paiement des prestataires, les conditions d'adhésion, le paquet du service à fournir, les modalités de remboursement...etc.

#### **4- *La distribution des médicaments :***

Vu l'importance du médicament dans les processus curatifs, et vu les problèmes qui sont à l'origine, fréquemment, des situations de ruptures de stocks de médicaments dans les pharmacies centrales des hôpitaux publics, il est intéressant de développer des outils contractuels pour responsabiliser les acteurs privés dans la tâche de distribution des médicaments, l'approvisionnement des stocks et leur gestion au niveau des établissements de soins publics.

---

<sup>90</sup> OMS : « *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé* », rapport de la cinquante-sixième assemblée mondiale de la santé, 28 mai 2003.p67

### 5- *L'externalisation des services non médicaux :*

Pour permettre aux gérants des structures de soins publique de mieux se concentrer sur l'activité principale de l'établissement qui est la prestation de soins, les autres services périphériques seront, de préférence, externalisés. En effet, les responsables font appelle à l'outil contractuel donc, pour confier à un acteur privé plus spécialisé, la responsabilité de la prise en charge des services non médicaux comme la restauration, la maintenance, la comptabilité...etc. qui sont généralement réputés de leur qualité médiocre lorsqu'ils sont gérés par les acteurs publics.

#### **2.2.2. L'articulation entre les politiques contractuelles globales et les politiques contractuelles spécifiques**

La politique spécifique de contractualisation doit être en pleine harmonie et en connexion totale avec la politique globale de contractualisation<sup>91</sup>. Cependant, la politique contractuelle globale pose les grands axes des orientations et les objectifs globaux à réaliser, tandis que les politiques contractuelles spécifiques ont pour tâche d'adapter ces principes aux contextes, c'est-à-dire déterminer le cadre opérationnel et les domaines spécifiques et les procédures de la mise en application.

#### **2.2.3. Les stratégies de la mise en application des PGC et PSC:**

Pour bien articuler les deux niveaux des politiques contractuelles, et expliquer comment possède-t-on à leur mise en œuvre dans une optique chronologique, on a deux stratégies à suivre :

##### **2.2.3.1. La stratégie « TOP-DOWN » :**

C'est une politique qui consiste à élaborer un plan d'action et une planification préalable des stratégies globales avant de les détailler une stratégie spécifique à chaque domaine (politiques spécifique), elle repose généralement sur des considérations théoriques et politiques. Les politiques spécifiques de contractualisation seront élaborées sous la lumière de la politique globale de contractualisation. En suite, en se référant aux politiques contractuelles spécifiques on lance des expériences empiriques et opérationnelles dans chaque domaine particulier en visant des objectifs de la politique globale de contractualisation.

---

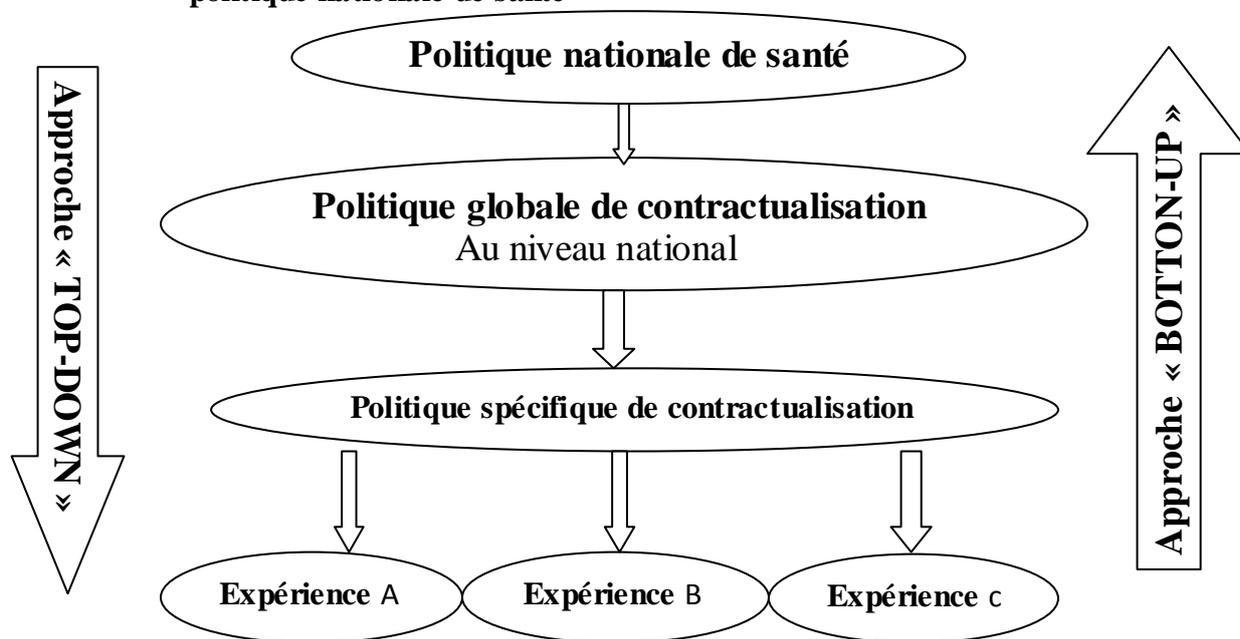
<sup>91</sup> Laurent G. : « *La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'Hôpital public, état des lieux et perspectives au regard de l'expérience du centre hospitalier de Blois* », mémoire de l'Ecole National de la Santé Publique, Rennes, 2004.p98.

Ce genre de stratégie risque de ne pas répondre avec précision aux exigences des problèmes concrets du secteur de la santé, elle peut être donc élaborée sur la base des théories et des expériences lancées dans d'autres pays caractérisés par un contexte économique, politique et juridique quasiment différent. Cela est généralement provoqué par une insuffisante connaissance des principes de la contractualisation par conséquent une mauvaise application de cet outil.

### 2.2.3.2. La stratégie « *BOTTOM-UP* » :

C'est une stratégie qui se base sur une approche positive, elle se base sur des expériences opérationnelles et concrètes menées dans le secteur de la santé. Premièrement, sur la base des résultats de ces expériences, on élabore un cadre de références représenté par les politiques contractuelles spécifiques et en suite pour donner plus de force et plus de crédibilité à ces politiques, on va les introduire dans un cadre plus global qui est la politique globale de contractualisation, le tous sera chapeauté par la politique nationale de santé.

**Schéma 2 : L'articulation entre les la politique nationale de contractualisation et la politique nationale de santé**



**Source :** OMS, « *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé* », Genève.2004.p56.

### 3. Les acteurs d'une politique contractuelle

Il est intéressant d'identifier deux catégories d'acteurs ; l'acteur public représenté principalement par l'Etat et ses administrations déconcentrées d'une part et d'autre part, l'acteur privé (toute personne physique ou morale) qui sont intéressés par le secteur de la santé.

#### 3.1. L'acteur public

Les acteurs publics représentés généralement par le ministère de la santé en tant qu'acteur principal dans le fonctionnement des systèmes de santé, ses administrations déconcentrées (les directions de santé au niveau régional et local), les établissements publics autonomes.

L'Etat peut jouer un double rôle dans la politique de contractualisation ; l'Etat comme acteur qui s'engage pleinement dans une relation contractuelle, et l'Etat qui joue le rôle de régulateur des relations contractuelles.

##### 3.1.1. L'Etat acteur dans une relation contractuelle

L'Etat veut repenser son rôle dans le fonctionnement des systèmes de santé<sup>92</sup>. Entre acteur exclusif qui s'en charge de toutes les fonctions : prestation de services, financement, contrôle, organisation, ...etc. et son désengagement total en confiant la mission de la régulation aux mécanismes de marché. La contractualisation permet donc à l'Etat de se positionner entre ces deux limites, ce positionnement peut prendre les modalités suivantes :

- *Prestation de services de santé*

L'Etat peut faire appel aux outils de la contractualisation pour assurer une bonne couverture sanitaire de la population. En effet, il délègue la responsabilité de la gestion de ses structures de soin publiques, comme il peut aussi inviter les prestataires privés propriétaire de structures de soins à participer à des missions de services publics. De cette façon, l'Etat reste le maître d'œuvre de la couverture sanitaire sans être complètement impliqué dans cette mission.

---

<sup>92</sup> Bejean S. : « *Economie du système de santé : du marché à l'organisation* » éd. ECONOMICA, Paris, 1994.p23

- *Achat de service de santé*

En utilisant de contrat de service, l'Etat achète des services au près des acteurs privés, au lieu de les produire lui-même, comme les services non médicaux (service de restauration, maintenance, comptabilité ...), et aussi comme les services d'activité sanitaire spécifique : les campagnes de vaccination, lutte contre les maladies cardio-vasculaires, la tuberculose ...

- *La coopération contractuelle*

Cette logique peut prendre des formes diverses, soit une coopération de l'Etat avec les autres pays dans le domaine sanitaire ou avec les partenaires au développement comme OMS, UNICEF, les ONG et les différentes associations.

### **3.1.2. L'Etat comme régulateur des relations contractuelles**

Dans la relation contractuelle, l'Etat est conscient des limites de son implication directe au tant que partie prenante d'un coté, d'un autre coté la nécessité d'assurer le rôle l'acteur garant l'intérêt général. Et qui organise et encadre les expériences qui se multiplient en fur et à mesure. Les modalités qui se présentent à l'Etat pour assurer ce rôle sont les suivantes.

- *Elaboration d'un cadre législatif et réglementaire*

Au cours de ces dernières années, les mutations en profondeurs ont caractérisé l'évolution des systèmes de santé des les pays en voie de développement, soit dans leur fonctionnement, ou encore dans l'organisation des relations qui se nouent entre les nouveaux acteurs. Ces changements doivent être accompagnés par une mise à jour et une actualisation de l'ensemble des textes, lois, règlement qui régissent le fonctionnement de tout le système de santé en général. L'objectif de ce renouvellement de l'arsenal juridique est de mieux encadrer les nouvelles relations contractuelles en délimitant le champ d'intervention de chaque acteur.

- *Création d'un système d'information*

La création d'un nouveau système d'information devient une nécessité avec l'émergence de nouvelles relations contractuelles. Ce système permet de clarifier les évolutions de ce phénomène (le nombre de contrat, les domaines qui attirent le plus grand nombre d'acteurs, les contrats réussis et ceux qui ont subis un échec, la durée de chaque contrat, etc.) toutes ces informations seront collectées dans une base de donnée qui sera un outil de base pour l'élaboration de la politique contractuelle. Ce système doit se baser donc sur les éléments suivants.

- **L'enregistrement des contrats** : tous les contrats passés entre les acteurs de la santé doivent être enregistrés dans un système d'information pour avoir une idée claire sur l'ampleur de cette dynamique et procéder à une évaluation permanente, par conséquent, améliorer progressivement les politiques contractuelles.
- **Une analyse détaillée des contrats** : l'Etat doit approfondir l'analyse de ces contrats en abordant plusieurs aspects : le nombre de contrat, type d'acteur impliqués, volume financier de chaque contrat, type de contrat, durée de chaque contrat...etc. ces détails sont considérés comme des critères d'évaluation et des sources d'inspiration pour les futures politiques contractuelles.
- **La mise en place d'un système efficace de contrôle et de suivi** : L'Etat est appelé à instaurer un système efficace de contrôle et de suivi de toutes les relations contractuelles, pour pouvoir sanctionner tous les comportements opportunistes et tout acte de non respect des clauses de contrat. Ce contrôle sera traduit par la vérification de l'adéquation des modalités de la signature des contrats aux lois et textes législatifs, puis le suivi du processus de la mise en application des clauses du contrat, et en fin les procédures de renouvellement des contrats. L'Etat peut aussi jouer le rôle de l'intermédiaire dans la résolution des conflits entre les contractants.
- *L'encadrement technique*

Vue la jeunesse de ce processus et le manque d'expériences appliquées dans ce domaine , les acteurs de santé manquent de bases théoriques et d'encadrement technique, pour pallier cette défaillance, l'Etat intervient pour fournir un appui technique pour les contractants tout au long de la période de formalisation du contrat en organisant des séminaires, des colloques et des journées d'étude sur ce thème. L'Etat peut aussi veiller sur l'information pour qu'elle soit équitablement répartie entre les différentes parties prenantes, et lutter contre l'alia moral et la sélection adverse.

- **Les incitations**

Les incitations sont un facteur très important dans l'encouragement des acteurs de la santé à s'engager dans ce processus. Cela peut être traduit par des primes, des subventions ou bien

des exonérations fiscales<sup>93</sup>. Toutes ces mesures ont un objectif d'inciter les acteurs à dévoiler leur vrais compétences et fournir le maximum possible d'effort pour réaliser une tâche donnée.

### **3.2. Les acteurs privés**

Les acteurs privés sont toutes les personnes physiques ou morales de droit privé qui envisage d'être partenaires au développement du secteur de la santé. Leur participation dépend de l'accréditation administrative et de leurs compétences techniques. Ils sont tenus de respecter les principes et les orientations de la politique la politique contractuelle et de participer à son évaluation afin d'améliorer progressivement ce cadre opérationnel.

Les acteurs privés, selon leurs objectifs, se divisent en deux types d'acteurs : ceux qui cherchent à réaliser des bénéfices, ils ont donc un but lucratif. Et ceux qui ont un caractère associatif donc sans but lucratifs.

#### **3.2.1. Les acteurs privés à but lucratif**

Les acteurs à but lucratif sont tous les prestataires de services de santé qui visent à maximiser leurs intérêts (résultats financiers), c'est-à-dire réaliser le maximum possible du gain matériels. Leur objectif se diverge donc avec celui de la politique contractuelle qui est l'amélioration de l'état de santé des populations. L'objectif de l'Etat est d'essayer de faire intégrer ces acteurs privés, réputés de fournir des prestations de bonne qualité, dans le secteur public de santé en les incitant, par le moyen de la contractualisation, à assumer une mission de service public.

#### **3.2.2. Les acteurs privés à but non lucratif**

Les acteurs privés à but non lucratif (ex : les ONG, les associations, les églises ...) qui s'intéressent de plus en plus au secteur de la santé et qui activent bénévolement dans ce domaine en visant des objectifs humanitaires loin des profits et les résultats financiers. Leur objectifs d'ordre financier se limitent au recouvrement des coûts de fonctionnement de leurs infrastructures à travers les subventions de l'Etat, le paiement symbolique des patients, les

---

<sup>93</sup> En Tunisie, par exemple, l'Etat réduit ou dispense les importateurs du matériel médical du paiement des frais de dédouanement ce qui a incité les investisseurs à s'intéresser au domaine médical.

aides et les dons et les subventions des organismes internationaux comme L'UNICEF, ONU...

### III. ELABORATION D'UN DOCUMENT D'UNE POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION ET EVALUATION

L'élaboration d'une politique de contractualisation est une tâche qui n'est pas facile à mettre à terme à cause de la complexité de ce dispositif d'un côté et d'un autre côté, la sensibilité du domaine dans lequel à été appliquée qui est celui de la santé<sup>94</sup>, il est donc important de respecter toutes les étapes l'élaboration d'une politique contractuelle.

Ce processus demande généralement beaucoup de temps parce que les responsables, Pour prendre, prennent suffisamment du temps pour analyser la situation épidémiologique, socioéconomique, démographique..., en suite les bonnes décisions et les choix les plus adéquats à chaque conjoncture et élaborer des politiques plus efficaces.

L'élaboration de ce document est la responsabilité du ministre de la santé (Etat) en raison de fait que la contractualisation est un nouveau dispositif qui n'est pas encore suffisamment maîtrisé. Pour cela, il faut faire appel aux autres acteurs qui peuvent apporter un plus pour améliorer davantage cette politique. Parmi ces acteurs, on peut citer les consultants<sup>95</sup>, les spécialistes pour bénéficier de leur appui technique et leur expérience dans le domaine.

Pour bien mener à terme le processus de l'élaboration d'une politique contractuelle, il est très important de passer par les étapes suivantes :

#### 1. Elaboration d'un document d'une politique contractuelle

L'élaboration d'un document d'une politique contractuelle, passe par un ensemble d'étapes qu'on est tenue de les respecter et les appliquer soigneusement.

---

<sup>94</sup> L'Etat se méfie toujours de confier le secteur de la santé à un acteur privé ; l'éducation, la santé, la défense nationale...etc. sont des domaines où l'Etat ne se désengage pas facilement.

<sup>95</sup> Jean Perrot est un expert à OMS qui a contribué dans l'élaboration des politiques de contractualisation dans beaucoup de pays en développement comme le Maroc, Niger, Burkina-Faso....

### **1.1. ETAPE I : la décision politique**

La décision politique apparaisse dès que les décideurs politiques prennent conscience que la contractualisation est l'une des solutions les plus efficaces pour l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé.

Cette prise de conscience doit être de la part des politiciens, du ministère de la santé lui-même, ou parfois du gouvernement aussi. Elle est parfois provoquée par des spécialistes et des chercheurs (des économistes de la santé) qui attirent l'attention des décideurs sur l'importance de ce dispositif à travers des expériences empiriques qui ont aboutis à des résultats prometteurs.

L'intérêt général doit être le premier principe sur le quel se base la décision de l'engagement dans le processus de la contractualisation. L'Etat donc n'est pas un acteur qui défend ses intérêts personnels mais il doit être le garant de l'intérêt commun de toute la population en harmonisant toutes les actions des nouveaux acteurs de la santé.

Après la décision, l'engagement politique doit être clair et bien expliqué formellement, soit par une note du ministère de la santé qui indique l'officialisation d'entamer un tel processus.

Cette décision et cette volonté d'élaborer un document d'une politique contractuelle sera encadrée par l'OMS avec les méthodes suivantes :

- Un cadre de l'OMS qui devrait être bien informé sur les facteurs déterminants de la politique de chaque pays (économique, politique, épidémiologique, etc.) pour qu'il puisse bien encadrer la bonne volonté des décideurs.
- Un appui technique ou un encadrement d'une commission technique qui prendra en charge les problèmes qui peuvent bloquer le développement de ce processus.

### **1.2. ETAPE 2 : désignation d'un comité technique**

Les instances techniques<sup>96</sup> qui s'en chargent de l'élaboration de ce document contractuel, ils travaillent en coordination avec le ministère de la santé, il sera chargé par :

---

<sup>96</sup> Appelée aussi instance de pilotage, secrétariat de pilotage, elle doit être officialisée par une instance

### **1.2.1. La conduite du processus**

Pour la conduite de ce processus, l'instance du pilotage doit valider au près des instances décisionnelles du ministère de la santé un calendrier détaillé qui comporte les différentes étapes de déroulement du processus.

### **1.2.2. La rédaction du document**

La rédaction doit être assurée par tous les membres de l'instance de pilotage qui représentent : les différentes directions du ministère de la santé, les représentants des administrations locales sanitaires et les représentants d'acteurs privés.

### **1.2.3. La sensibilisation**

A la fin de la rédaction du document, il est important d'organiser une réunion d'information en présence de tous les acteurs concernés par la contractualisation, soit publics ou privés. Le but de cette réunion est d'inviter ces acteurs à l'élaboration de ce document et afficher les objectifs de la contractualisation et les étapes à suivre selon le calendrier.

## **1.3. Etape 3: lancement du processus**

Juste après la réunion d'information, le travail de la commission de pilotage commence effectivement avec l'étape de la rencontre avec les acteurs.

### **1.3.1. Les rencontres avec les acteurs**

Des rencontres entre les instances de pilotage et les autres acteurs impliquant dans ce processus cela à des avantages pour les deux côtés.

Pour les instances de pilotages, ces rencontres leurs permettent de bien défraîchir le terrain et connaître ses vrais problèmes en s'échangeant des informations sur le domaine à contractualiser.

Pour les acteurs impliquant dans cette relation, ces rencontres servent à clarifier et expliquer la mission de chaque acteur et préciser son rôle dans ce processus afin d'harmoniser leur actions.

### **1.3.2. La recherche d'information**

Cette étape consiste à chercher toutes les informations nécessaires sur le l'objet à contractualiser qui seront utilisées comme des assises théoriques, en consultant d'autres documents de politique contractuelle établis dans d'autres pays et analyser la possibilité de s'inspirer de tel modèle. Pendant cette période, les pilotes de ce processus peuvent demander l'appui technique de l'OMS pour bénéficier des orientations d'un expert en contractualisation.

### **1.3.3. Précision des grands axes de document**

Un plan<sup>97</sup> précisant les grands axes et les principales orientations de cette nouvelles politique (les domaines concernés, les acteurs impliquant, les moyens mobilisés...) doit être élaboré, juste après l'élaboration de ce plan, les instances décisionnelles doivent donner leurs accord et valider ce document pour donner un feu vert pour passer à l'étape suivante.

### **1.4. ETAPE 4 : rédaction de document**

Après avoir fixé les principales orientations de la politique contractuelle, cette commission procède à la rédaction des détailles de ce document en responsabilisant un sous comité de rédaction qui prend en charge l'écriture du texte<sup>98</sup>.

### **1.5. ETAPE 5: phase de discussions**

A la fin de phase précédente, une réunion de travail sera organisée pour discuter et débattre le contenu de document. Pendant cette période les acteurs examinent et évaluent le document en dévoilant leur accord et leur désaccord, ils peuvent aussi apporter des suggestions et des propositions pour améliorer la qualité de ce document.

Après la discussion des propositions et les propositions, le document peut être corrigé en adoptant les bonnes idées.

### **1.6. ETAPE 6: validation et lancement**

Une fois le document est corrigé et finalisé et avant de le publier ; une validation du ministère de la santé doit être faite, elle est effectuée sur deux phases :

---

<sup>97</sup> Ce plan est appelé aussi « note de cadrage »

<sup>98</sup> Ce document ne doit pas être trop long, mais bien claire et précis pour être compris par tous les acteurs concernés.

### **1.6.1. Une validation interne**

A ce niveau, en cherche la validation des instances politiques avec l'élaboration d'une note interne c'est-à-dire le Ministre de la santé donne officiellement son accord pour le lancement de la politique.

### **1.6.2. Une validation externe**

Pour donner plus de force et de crédibilité à ce document, le ministre peut solliciter l'accord du gouvernement, cela consiste à faire une information au conseil des ministres pour obtenir leur accord.

Lorsque le document est approuvé par le ministre et le gouvernement, ils peuvent par la suite passer à l'étape suivante (l'étape de la mise en œuvre).

## **2. L'évaluation de la contractualisation**

### **2.1. Définition**

L'évaluation est un outil qui n'est pas spécifique à la contractualisation. Or, son rôle dans ce domaine est cruciale. D'après CONTANDRIOPOULOS et AL l'évaluation dans le domaine de la santé est : « évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou n'importe quelle composante de façon à ce que les différents acteurs concernés et qui peuvent avoir des champs de jugement différents soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions »<sup>99</sup>

Le concept de l'évaluation doit être distingué de du suivi. Le suivi consiste à contrôler régulièrement l'état d'avancement d'un programme (une intervention) en comparant l'exécution effective des activités et le plan du travail<sup>100</sup>. Mais l'évaluation vise à mesurer les progrès dans la relation des objectifs du programme ou l'activité entreprise et leur impact.

Lorsque on fait recours à l'évaluation dans la contractualisation, nous devons préciser que l'évaluation doit porter sur le contrat lui-même et non pas sur le domaine dans le quel est

---

<sup>99</sup> Perrot J, De Roodenbeke E : « *La contractualisation dans les systèmes de santé* », op.cit.p 469.

<sup>100</sup> Gerard TH : « *Analyse économique des systèmes* », éd ARMOND COLIN, Paris, 1997.p32

appliqué ce contrat. L'évaluation d'une relation contractuelle consistera par conséquent à porter un jugement sur les changements qui ont émergés suite à l'application de la contractualisation.

## 2.2. Les types de l'évaluation

Nous pouvons évaluer une intervention ou une relation contractuelle de deux manières : une évaluation normative et une recherche évaluative<sup>101</sup>

### 2.2.1. L'évaluation normative

Cette méthode consiste à comparer un ensemble de moyens mis en œuvre : les ressources, les biens et services utilisés et les résultats obtenus à un ensemble de normes et critères<sup>102</sup>, elle permet donc d'apprécier ce qui suit :

- La capacité de financement : il s'agit d'apprécier si les ressources mobilisées dans le cadre d'une intervention pour atteindre les résultats escomptés sont conformes aux normes en vigueur.
- Le processus : il s'agit de comparer les services et les activités programmées dans le cadre d'une intervention spécifique aux normes<sup>103</sup>. C'est-à-dire si elles sont adéquates et susceptibles d'atteindre les résultats espérés.
- L'efficacité : elle consiste à comparer les résultats atteints à cette intervention aux résultats qui devraient être obtenus.

### 2.2.2. Evaluation contextuelle

Elle a la mission d'analyser les différentes composantes d'une intervention, elle se base sur les points suivants : la pertinence, la logique et la productivité et aussi que l'évaluation entre l'intervention et le contexte dans le quel est appliqué. Cette démarche se base sur un ensemble de volets d'analyse sui sont les suivants :

---

<sup>101</sup> Perrot J, De Roodenbeke E. op.cit .p473.

<sup>102</sup> Michel F, Drummond B, Bernie J. :« *Méthode d'évaluation économique des programmes de santé* » éd ECONOMICA. 1997.

<sup>103</sup> Frenois A. : « *Conjuguer sujet de droit et enjeux économiques en ESAT : Conduire un processus de personnalisation, de contractualisation et de participation* », mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2007.

- *Analyse de la pertinence :*

Ce volet d'analyse essaye de confirmer que le recours aux contrats est l'outil le plus adéquat pour trouver une solution à une situation problématique.

- *Analyse de la cohérence :*

Cette évaluation consiste à analyser le degré de cohérence entre les trois éléments du contrat à savoir les objectifs du contrat, les activités ou les services mis en place et les moyens mobilisés. Il faut donc mobiliser des ressources nécessaires pour mener des actions qui correspondent au niveau du financement et pour atteindre des objectifs réalisables avec ce même niveau de financement.

- *Analyse d'effets :*

L'analyse des effets peut se manifester en trois niveaux :

*Analyse vérificative :* elle vise à vérifier l'existence effective des ressources prévues conformément au contrat et voir aussi si toutes les activités programmées sont mises réellement en place.

*Analyse de la pertinence des résultats :* ce volet d'analyse s'intéresse aux résultats obtenus par la mise en œuvre du contrat et voir est-ce- qu'ils ont apporté une réponse satisfaisante à la situation problématique<sup>104</sup>.

*Analyse de l'impact sur la performance du système de santé :* il s'agit ici de voir si les résultats atteints ont un impact direct sur l'amélioration de la performance des systèmes de santé<sup>105</sup>.

*Analyse de l'application :* cette analyse concerne la manière dont on a mis en œuvre ce contrat. C'est-à-dire voir est ce que les étapes de la mise en œuvre du contrat ont été respectées et voir aussi comment possède-on à son application dans un contexte bien déterminé, pour cela deux aspects doivent être mis en évidence à savoir l'analyse du mécanisme et celle de l'influence du contexte.

---

<sup>104</sup> Par exemple dans un contrat de sous-traitance (restauration) il s'agit de voir si le contrat améliore la qualité des repas.

<sup>105</sup> Il s'agit là par exemple de voir est ce que l'amélioration de la qualité des repas participe à l'amélioration de la performance des systèmes de santé

### 2.3. Les acteurs de l'évaluation

Les acteurs qui doivent mener des opérations d'évaluation peuvent être impliqués directement dans la relation comme ils peuvent aussi être des acteurs externes au contrat.

✓ Evaluation par des acteurs de la relation contractuelle :

Dans ce cas, les acteurs de la relation contractuelle conduisent eux- même l'opération de l'évaluation. Nous pouvons distinguer deux cas :

- *Evaluation unilatérale* : c'est celle menée par un seul acteur impliqué dans la relation, c'est une initiative personnelle qui vise à mesurer l'intérêt dégagé de cette relation<sup>106</sup>.

- *Evaluation multilatérale* : elle est menée conjointement par l'ensemble d'acteurs impliqués dans la relation. Son but est de négocier et débattre les résultats obtenus et améliorer la qualité de leur relation.

✓ Evaluation par des acteurs externes à la relation :

Cette évaluation sera menée par une entité indépendante d'une manière objective. Il s'agit donc de disposer d'un regard extérieur et neutre sur les résultats de la relation. Cette évaluation devient nécessaire en cas de conflits ou litiges entre les contractants<sup>107</sup>.

✓ Evaluation mixte :

On peut également faire une évaluation conjointement par les acteurs directement impliqués dans la relation et appuyé par les experts extérieurs. De cette manière nous pouvons concilier la rigueur et l'indépendance de l'évaluation externe avec l'aspect opérationnel des acteurs de la relation en se basant sur les points de vue des acteurs proches de la réalité.

### 2.4. Les objectifs de l'évaluation

Les objectifs et les finalités de l'évaluation sont nombreux cependant, on peut les classer en deux catégories :

---

<sup>106</sup> Cette évaluation n'a pas un impact positif sur la contractualisation, elle ne vise pas à améliorer l'application de cet outil puisqu'elle vise uniquement un intérêt personnel de l'acteur impliqué.

<sup>107</sup> Elle est généralement menée par le ministère de la santé puisqu'il est le garant et le régulateur du bon fonctionnement de ce processus.

✓ **Une finalité logique** : là aussi, on peut distinguer trois formes de finalité : fondamentale, sommative et formative.

*La finalité fondamentale* : elle consiste à enrichir les connaissances empiriques et les fondements théoriques pour maîtriser davantage ce processus et le mécanisme de la contractualisation.

*La finalité sommative* : « l'évaluation est dite sommative lorsque son but est de déterminer les effets d'une action pour décider s'il faut la maintenir, la transformer d'une façon importante ou l'arrêter »<sup>108</sup>. C'est-à-dire le but ici est de voir et de décider le devenir du contrat : renouvellement, renégociation ou arrêt.

*La finalité formative*<sup>109</sup> : son but est de fournir de l'information pour améliorer l'action en cours, il s'agit donc de tirer des informations et des analyses permettant de corriger certains aspects du déroulement du contrat pour éviter les conflits et d'éventuels blocages de l'opération.

#### ✓ **La finalité stratégique**

Certes, dans une relation contractuelle chaque acteur attend une part d'intérêt, mais rien n'indique que ces intérêts sont identiques. C'est pareil pour les finalités de l'évaluation, chaque contractant a des buts qui lui sont propre. Là on peut distinguer deux types de but :

*Les buts explicites* : se sont ceux qui sont négociés et affichés dans les clauses du contrat, généralement il s'agit de résultats financiers et taux de réalisation des activités.

*Les buts implicites* : se sont les buts qui ne sont pas prononcés par les contractants lors de la négociation<sup>110</sup>.

### **Conclusion**

Conduire une relation contractuelle dans le domaine de la santé n'est pas encore une activité habituelle. La jeunesse de cette technique et la multiplicité des types de ces relations contractuelles rendent la mission de sa mise en place une activité compliquée. Elle risque de

---

<sup>108</sup> Perrot J, de Roodenbeke E. : « *La contractualisation dans les systèmes de santé* » op.cit, p482.

<sup>109</sup> Idem

<sup>110</sup> Par exemple un signataire de contrat peut demander une évaluation afin de retarder une prise de décision ou valider une décision déjà prise.

La population aussi peut demander une évaluation afin de montrer que ses revendications ne sont pas prises en charge.

déborder sur des résultats inattendus. Par conséquent, les décideurs et les acteurs impliqués se doivent d'accorder une grande importance au cadre opérationnel de la contractualisation.

Pour éviter les contre-effets négatifs et les dangers de la contractualisation (contestations et litiges entre les acteurs<sup>111</sup>), les différents acteurs doivent négocier en suivant scrupuleusement le cadre opérationnel définie par l'OMS, et ce afin de mettre en œuvre une relation contractuelle durable. En effet, les acteurs doivent bien préparer leurs relations avec l'identification des acteurs, en suite, il faut bien négocier et bien rédiger le contrat (il sera utilisé comme référence en cas de désaccord). Quant à la mise en œuvre effective de la relation, toutes les clauses de contrat doivent être bien respectées et appliquées. A l'échéance du contrat, les acteurs ont le choix : soit il renouvèle, soit il le renégocie, soit enfin il le résilie. Tout dépend des résultats obtenus et la satisfaction des acteurs impliqués dans ce contrat.

Ce qu'on ne doit pas oublier dans la contractualisation, c'est son cadre systémique. En effet, il ne faut jamais se contenter de relations contractuelles isolées sans aucune coordination avec les objectifs de la politique nationale de santé. Pour concilier logique de santé publique et logique contractuelle, il est indispensable de concevoir une politique nationale de contractualisation. Cette dernière vise à coordonner les différentes relations contractuelles, et ce afin d'améliorer l'efficacité du système de santé et de contrer les comportements opportunistes des acteurs.

Vu l'importance du document de base de la politique contractuelle, il est impérieux d'explicitier les étapes de l'élaboration de ce document (de la décision politique à la publication et lancement de la politique).

La contractualisation ne se limite pas à l'élaboration des documents et des politiques mais elle nécessite une évaluation post-réforme rigoureuse, qui permettra de comparer les résultats obtenus à ceux escomptés.

---

<sup>111</sup> Ces problèmes engendrent des coûts supplémentaires pour cette transaction (la théorie des couts de transaction) alors que la contractualisation (le contrat) vise à réduire les coûts de la transaction au maximum possible

## CHAPITRE III :

# LES SYSTEMES DE SANTE ALGERIEN ET MAROCAIN

## CHAPITRE III : LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN ET MAROCAIN

### Introduction

Les systèmes de santé des pays en développement se cherchent encore. Ils n'ont pas trouvé la formule la plus adéquate à leur contexte socioéconomique et culturel<sup>112</sup>. L'Algérie et le Maroc ne font pas exception. Ainsi, ils ont engagé un nombre important de réformes qui touchent pratiquement tous les aspects du système de santé ; financement, organisation de l'offre de soins (carte sanitaire), régulation...

Actuellement, les systèmes de santé algérien et marocain souffrent de plusieurs problèmes : sur le plan organisationnel, fonctionnement, financement, etc. Pour cela, un grand chantier de réforme est engagé. L'Algérie se base essentiellement sur la réforme hospitalière, en essayant d'améliorer la qualité des prestations tout en rationalisant les dépenses allouées à ce secteur, et ce par la mise en place de rapports contractuels entre les bailleurs de fonds et les structures de soins publiques.

Le Maroc, quant à lui, essaye de toucher quatre axes importants : la réforme de financement, la régionalisation, la réforme hospitalière et la contractualisation (qui vise à reconstituer un système de santé intégré (public, privé)).

Dans le présent chapitre, nous tenterons de donner des notions sur le système de santé dans un premier temps. Puis, nous essayons de faire une description analytique des systèmes de santé des deux pays en se basant sur l'organisation de l'offre de soins, la couverture sociale et les axes de réformes. Ce chapitre a pour objet de décrire le contexte et les conditions qui motivent les décideurs publics à intégrer la contractualisation, comme option stratégique principale à la réforme de système de santé.

---

<sup>112</sup> Tizio S. : « Trajectoires socio économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle », Monde en développement N° 131/3.2005.p4

## I. QUELQUES NOTIONS SUR LES SYSTEMES DE SANTE

Avant d'entamer la description analytique des systèmes de santé algérien et marocain, il est important de faire un survole sur la notion de système de santé ; ses éléments constitutifs, sa typologie, etc. qui sera l'objet de cette présente section.

### 1. Définition d'un système de santé

On peut définir le système de santé comme suit : « un système de santé est la combinaison de ressources, de l'organisation, du financement et de la gestion aboutissant à la prestation de services de santé à la population »<sup>113</sup>

L'organisation des services de santé présente des degrés variables de complexité, cette variation dépend des régimes politiques en place, de l'organisation de la société ,etc.

Un système de santé peut comprendre les éléments suivants :

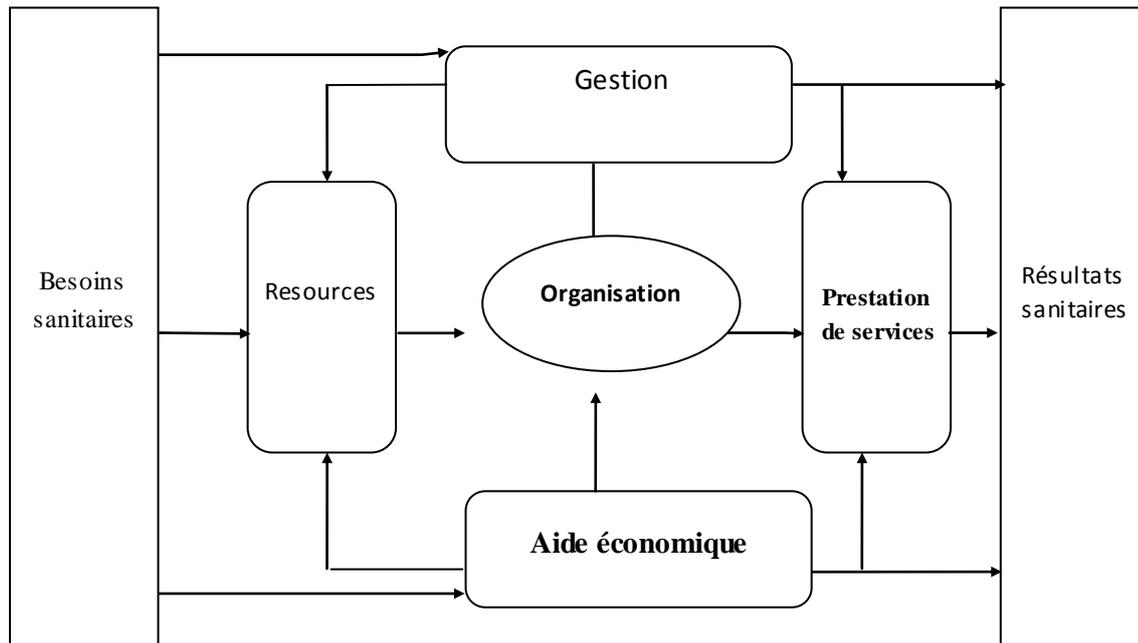
- La production du service
- L'élaboration de programmes
- Des méthodes de gestion
- La prestation de services
- Les mécanismes d'aide économiques

Ces éléments cités ci-dessus peuvent être, à leur tour, subdivisés en composantes secondaires qui peuvent concevoir un sous système de santé. Ils doivent fonctionner en totale corrélation et parfaite harmonie pour pouvoir atteindre les objectifs visés, comme le précise la figure suivante

---

<sup>113</sup> Bejean S : « Economie du système de santé : du marché à l'organisation » éd. ECONOMICA, Paris, 1994,p56.

**Schéma 3 : Eléments d'un système de santé**



**Source :** Mougeot M. : « *Système de santé et concurrence* » éd. ECONOMICA, Paris 1994.p34

Quand un besoin sanitaire se manifeste, on doit mettre en place des ressources pour le satisfaire. Ces ressources seront combinées avec des aides économiques et un système efficace de gestion, cette organisation aura donc le but de fournir une prestation de services de santé de qualité.

## 2. Classification des systèmes de santé

Nous pouvons classer les systèmes de santé, selon leurs modes de financement, en quatre modes distinctes comme suit.

- Le système allemand de Bismarck élaboré en 1883, il est basé sur un système de sécurité sociale caractérisé par une couverture sociale plus au moins universelle. Son financement s'effectue conjointement par les employeurs, les bénéficiaires et l'Etat. Ce modèle est adopté par l'Autriche, la Belgique, Luxembourg, les pays bas ...
- Le système britannique de Beveridge initié à la fin des années 40, il est caractérisé par la couverture universelle. Son financement est basé sur le système fiscal. Son

fonctionnement est assuré principalement par l'Etat (prestation, organisation, régulation, etc.)

- Le modèle entièrement libérale à but lucratif, il fournit des prestations et une couverture en contre partie d'un paiement direct ou suite à l'affiliation à des compagnies d'assurance dans les quelles la prestation, le contrôle et la propriété demeure privée. Ce modèle correspond au fonctionnement du système américain.
- Un autre modèle qui s'apprête a un système mixte, adopté par les pays de l'Europe de sud comme l'Italie, l'Espagne, le Portugal, la Grèce... Il est caractérisé par la coexistence d'un service national de santé (SNS) financé par l'impôt et les cotisations sociales obligatoires, et un service privé développé qui peut être complète le service public.

Les systèmes de santé, quelque soit leurs orientations, ne peuvent pas fonctionner isolément sans interactions avec d'autres domaines comme le politique, le social, l'environnement, etc. Ces domaines sont considérés, par fois, comme des déterminants importants de la santé. On peut citer par exemple le taux d'alphabétisation, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, le logement, le niveau suffisant d'alimentation, etc. toutes ces conditions peuvent jouer un rôle déterminant dans la qualité de santé des populations.

Cependant, ce qu'on doit mettre en évidence est le rôle central de la santé dans le développement<sup>114</sup>. Cette idée a émergé depuis que le PNUD a insisté sur la nécessité de penser à un nouveau mode de développement qui met la santé au centre de la problématique de développement.

### 3. Objectifs des systèmes de santé

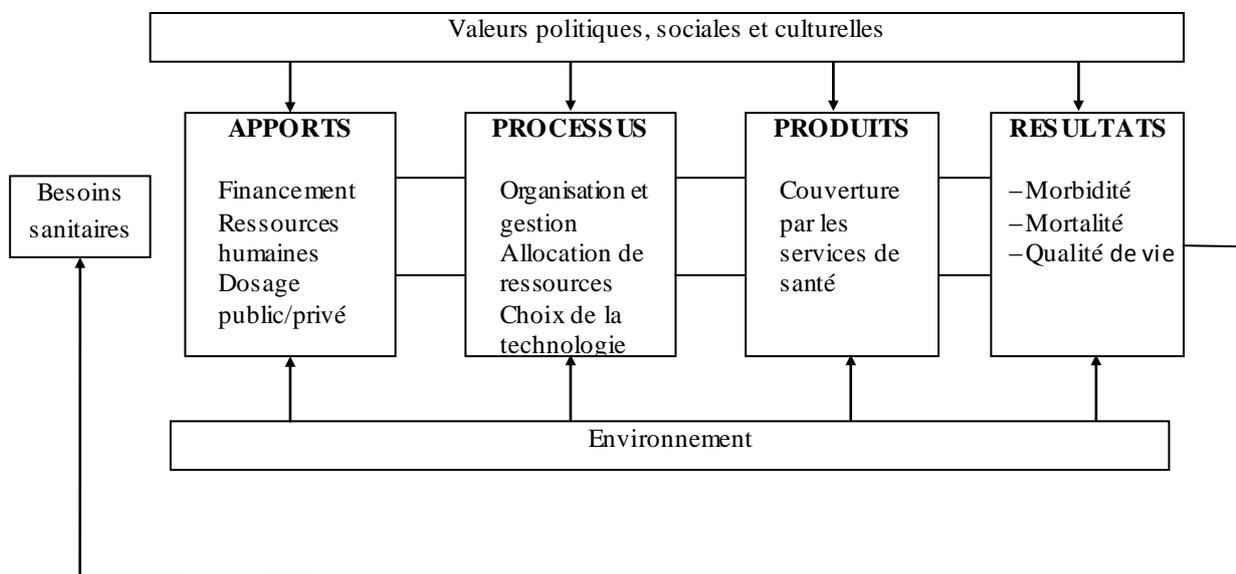
En générale, l'objectif des systèmes de santé reste l'espoir de répondre aux attentes de la population en matière de santé<sup>115</sup> telles qu'elles sont énoncées dans les constitutions et les textes de loi. La volonté d'atteindre les objectifs prédéfinis est mesurée généralement par la part des ressources nationales allouées à ce secteur malgré que ce pourcentage soit difficilement dissociable du niveau de développement économique de chaque pays.

---

<sup>114</sup> Tizio S. : « Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : la contribution des politiques de santé au développement durable », in Mondes en Développement Vol.32-2004/3-n° 127, 2004.p14

<sup>115</sup> OMS : « Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant »,2000.p54.

**Schéma 4 : Moyens et objectifs des systèmes de santé**



Source : OMS : « Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant », p45.

Par ailleurs, les plans de développement économique n’ont pas pris en considération les problèmes de santé<sup>116</sup>, ce qui a compliqué davantage la situation sanitaire, et ceci faute d’une coordination insuffisante entre le secteur de la santé et celui du développement économique d’une part, d’autre part, le rôle limité accordé par les gouvernements au secteur de la santé dans les activités et les programmes de développement<sup>117</sup>.

Ces lacunes rendent la réalisation des objectifs escomptés une mission relativement compliquée. Or, des objectifs intermédiaires peuvent être réalisables à savoir :

- **Développement de la politique sanitaire**

Généralement, dans les pays en voie de développement, l’importance accordée à la formulation et au développement des politiques de santé est très négligeable<sup>118</sup>. Cette

<sup>116</sup>Ray J C, Depuis J-M : « Analyse économique des politiques sociales », éd PUF, Paris, 1998,p34.

<sup>117</sup> Op.cit

<sup>118</sup> Tizio S. : « Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle », in CAIRN, monde en développement N° 131/3.2005.

responsabilité est incombée principalement aux politiciens qui s'intéressent beaucoup plus aux résultats obtenus à court et moyen terme d'une part, et l'absence d'une vision globale à long terme de la stratégie de développement des systèmes de santé d'autre part.

- **Administration générale**

Considéré comme l'outil de surveillance et de régulation des systèmes de santé, l'administration générale joue un rôle très important dans l'orientation et l'élaboration des politiques de santé, dans la coordination des interventions des divers partenaires, notamment du gouvernement (Etat), des ONG et du secteur privé.

Outre l'élaboration des politiques, le gouvernement s'occupe des activités de réglementation et du dosage entre secteur public et secteur privé. Ce rôle alors doit être bien assumé par Etat.

- **Financement des soins de santé**

Le fardeau de l'augmentation des dépenses de santé a provoqué une volonté de désengagement de l'Etat du financement de ce secteur. Cette volonté est traduite par la libéralisation de ce secteur et son ouverture aux acteurs privés, et parfois, l'ambiguïté de la responsabilité de la prise en charge des démunis (est ce que c'est la mission du ministère de la santé ou du ministère des affaires sociales), l'objectif du système de santé est donc de déterminer une politique claire du financement de la santé est la détermination des sources de financement et leurs parts de participation respectives (ménages, Etat, sécurité sociale, organismes d'assurances privés...)

- **Développement des ressources humaines**

En générale, dans l'analyse des dépenses de santé, on note que les ressources humaines viennent à la tête des classements, elles représentent de 60 à 80% des dépenses publiques de santé. La plus part des systèmes de santé sont dépourvus de politiques et de stratégies bien conçues en matière de ressources humaines, ce problème provoque donc une mauvaise répartition de ces ressources d'où des déséquilibres bien connus dans le dosage des compétences et d'énormes gaspillages se multiplient, alors il est nécessaire qu'un système de santé accorde une grande importance au développement et à la gestion des ressources humaines en mettant cette préoccupation au centre de ses réflexions et ses stratégies de développement.

- **Prestation des services**

La prestation de services de santé est souvent entravée par le problème de l'insuffisance de financement d'un côté, et le manque d'organisation et de gestion efficace d'un autre côté. Dans la plupart des systèmes de santé, l'adaptation aux nouvelles tendances en matière de décentralisation (depuis Alma-Ata) et la délégation du pouvoir ne s'est pas accompagnée d'une bonne préparation du personnel ni de la fourniture des outils et des ressources nécessaires. La mission des systèmes de santé est donc aujourd'hui, de réorganiser la prestation de soins pour renforcer cette réforme et l'appliquer correctement et éliminer toute disparité géographique ou financière d'accès aux soins.

## II. LE SYSTEME DE SANTE MAROCAIN

Le Ministère de la santé, garant de la protection de la santé de l'ensemble de la population et du contrôle des problèmes sanitaires, développe des actions de prévention, de promotion de la santé et de soins curatifs à travers un système d'offre de soins organisé comme suit.

### 1. L'offre de soins au Maroc et les ressources humaines au Maroc

#### 1.1. L'offre de soins au Maroc

L'offre de soins au Maroc est organisée au tour de trois (03) principaux secteurs : le secteur public, le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif.

##### 1.1.1. Le secteur public

Le secteur public est représenté principalement par le ministère de la santé qui gère un ensemble de structures classées en trois niveaux :

- *Le réseau de soins de santé de base (RSSB)* : essentiellement ambulatoire, un réseau hospitalier contient les hôpitaux universitaires et non universitaires, un ensemble d'instituts et laboratoires, en ajoutant à cela les services de santé des forces armées royales, les services de médecine scolaires et universitaires.

Le réseau de soins de santé de base est constitué de 2626 centres de santé de base composé de :

- ✓ Structures rurales de soins ambulatoires
- ✓ Hôpitaux locaux
- ✓ Centre de santé urbain
- ✓ Hôpitaux locaux urbains

Voici l'évolution du nombre de structures de santé de base de 2000 à 2008.

**Tableau 2 : Evolution du nombre de structures de SSB au Maroc**

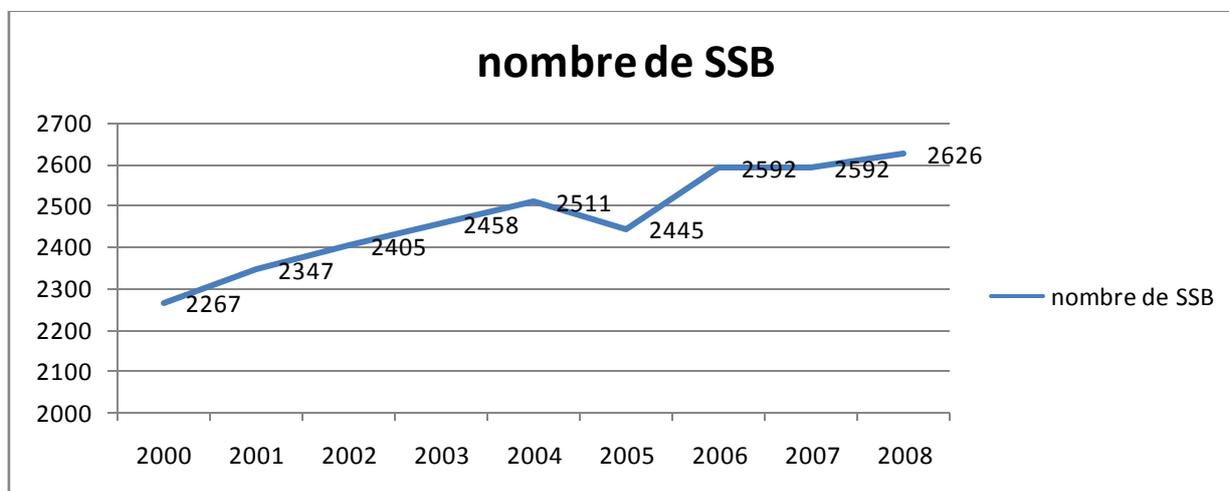
Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Nombre de SSB</b>	2267	2347	2405	2458	2511	2445	2592	2592	2626

*Source* : Ministère de la Santé marocain, « La santé en chiffre 2009 », 2009.

Le tableau 2 nous montre l'allure avec laquelle augmentent les SSB de 2000 à 2004 puis une baisse en 2005 (changement de statut de quelques structures de base<sup>119</sup>) et une reprise timide en 2006, après la stagnation de 2007, on a une légère augmentation en 2008. Le graphique va nous montrer clairement cette fluctuation.

<sup>119</sup> Création des structures SEGMA : structures étatiques qui seront gérées d'une manière autonomes in Skalli N. : « Le système de santé au Maroc, perspectives de réforme », communication présentée au forum Euromed de la santé, Barcelone 2005.

**Figure 1 : Evolution du nombre des SSB au Maroc**



*Source : Graphique réalisée par nos soins à partir des données du tableau 2*

D'après le graphique N°1, les SSB sont en permanente augmentation, cela justifie, en partie, l'augmentation des dépenses de santé. Malgré l'augmentation du nombre des SSB le problème d'accès aux soins persiste encore<sup>120</sup>.

### **Le réseau hospitalier du ministère de la santé**

Au Maroc, les hôpitaux publics sont organisés selon une typologie qui repose sur les trois critères suivants :

- ✓ Le niveau de l'offre de soins
- ✓ Le mode de gestion
- ✓ Le niveau de recours

**L'hôpital universitaire** : En plus de sa mission de l'offre de soins (niveau de complexité élevé), sa mission principale reste la formation et la recherche.

<sup>120</sup> Belghiti A. : « *Système de santé marocain, réalités et perspectives* », présenté au 6<sup>ème</sup> Congrès national, Mai 2007.p34

**L'hôpital régional** : il comporte, en plus des services et des spécialités disponibles à l'hôpital provincial, des spécialités à vocation régionales.

**L'hôpital provincial** : en plus des services de médecine base, il comporte quelques autres spécialités telles que l'ophtalmologie, les maladies infectieuses, la psychiatrie la réanimation médico-chirurgicales, etc.

Voici l'évolution du nombre d'hôpitaux (toute catégorie confondue) de 2000 à 2008.

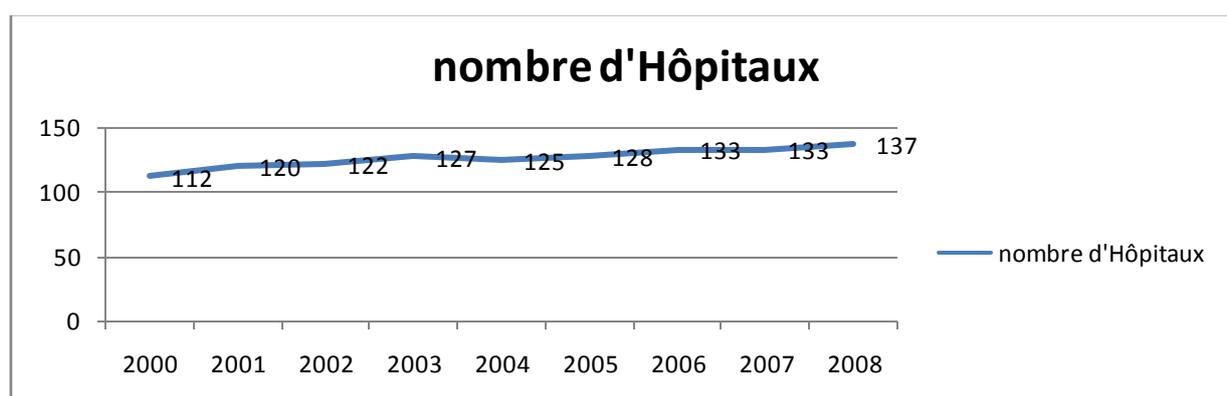
**Tableau 3 : Evolution du nombre d'Hôpitaux au Maroc**

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre	112	120	122	127	125	128	133	133	137

*Source : Ministère de la Santé marocain, « la santé en chiffre 2009 », 2009.*

Le tableau 3 indique que le nombre d'hôpitaux (toute catégorie confondue) est en progression (construction de trois hôpitaux annuellement) qui est considéré un effort de l'élargissement de l'offre de soins.

**Figure 2 : Evolution du nombre d'hôpitaux au Maroc**



*Source : graphique réalisée par nos soins à partir des données du tableau 3*

Malgré les efforts de l'Etat de l'élargissement de la couverture sanitaire, le problème de l'accessibilité aux soins de la population rurale reste encore une insuffisance majeure du système. En effet, les données concernant la couverture de la population rurale par les établissements de santé de base, par rayon kilométrique, montre que la distance entre la population et les formations sanitaires est en moyen de 10 Km<sup>121</sup> .

L'état des structures est en constante dégradation, 50% des hôpitaux ont plus de 30 ans. Et 60% des équipements de radiologie ont plus de 15 ans<sup>122</sup>. Et une grande concentration dans l'axe Casablanca, Rebat.

### 1.1.2. Le secteur privé à but lucratif

En principe, ce compartiment contient les cabinets médicaux de médecine dentaires et des soins paramédicaux, des laboratoires et des officines de pharmacie. Plus de 52% des cliniques privées sont localisées dans l'axe Casablanca, Rebat, Fès, Marrakech. Elles se concentrent principalement sur les activités suivantes<sup>123</sup> :

- ✓ Les soins de ville : puisque la majorité de ces structures se basent dans les grandes villes.
- ✓ Les examens biologiques analyses de radiologie.
- ✓ Fournitures de médicaments et autres consommable médicaux.

### 1.1.3. Le secteur privé à but non lucratif

Ce secteur participe à l'offre de soins au Maroc mais sans but lucratif, il englobe : les cliniques et les cabinets des mutuelles, les cliniques de la CNSS et les structures du croissant rouge marocain (CRM) et trois autres cliniques de l'ONE qui se base à Casablanca. Leurs fonction principale est de fournir les soins ambulatoires et hospitaliers gratuitement ou semi gratuit.

---

<sup>121</sup> Skalli N. : « *Le système de santé au Maroc, perspectives de réforme* », communication présentée au forum Euro med de la santé, Barcelone 2005.

<sup>122</sup> Idem

<sup>123</sup> MS, au Maroc : « *système de santé et qualité de vie* », 2007, in [www.tetouaneweb.org/upload/forum/1174687422.doc-Maroc](http://www.tetouaneweb.org/upload/forum/1174687422.doc-Maroc)

## 1.2. Les ressources humaines

Les ressources humaines se composent principalement des médecins, pharmaciens, chirurgien dentiste...

### 1.2.1. Les médecins

Le tableau suivant nous montrera l'évolution du nombre de médecins (public-privé) puis le ratio du nombre d'habitants par médecin

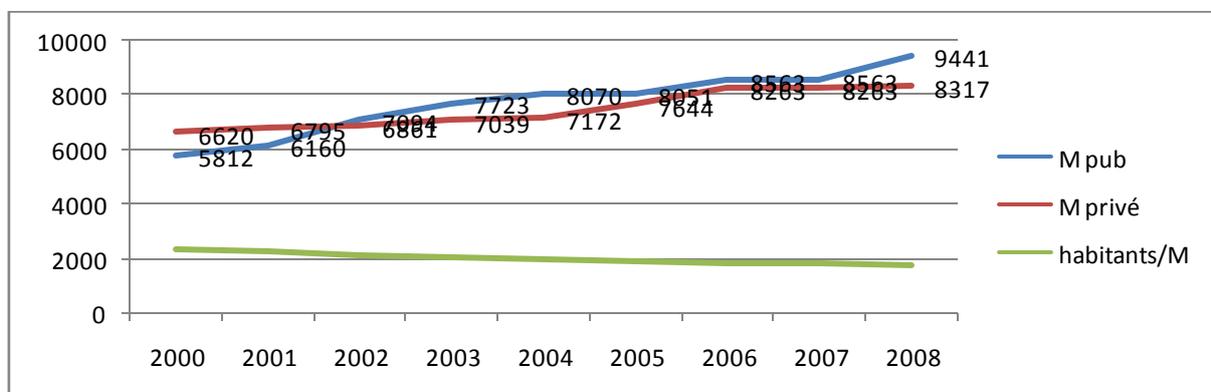
**Tableau 4 : Evolution du nombre des médecins publics et privés au Maroc**

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Médecins publics	5812	6160	7094	7723	8070	8051	8563	8563	9441
Médecins privés	6620	6795	6861	7039	7172	7644	8263	8263	8317
habitants / Médecin	2316	2252	2123	2038	1961	1924	1822	1850	1766

Source : Ministère de la Santé marocain, « La santé en chiffre 2009 », 2009.

L'offre de soins (la démographie médicale) se caractérise par la coexistence de deux acteurs ; les médecins publics, et une forte présence des médecins privés. Ce contexte nécessite le développement des relations particulières entre les deux acteurs pour être complémentaire au lieu de développer quelques rivalités. Une politique de contractualisation est alors plus adéquate à ce contexte.

**Figure 3 : Evolution du nombre des médecins publics et privés au Maroc**



Source : Graphique réalisée par nos soins à partir des données du tableau N°4

L'encadrement du système de santé marocain par les professionnels de la santé notamment les médecins (toute spécialité confondue), est caractérisé par :

- ✓ Malgré l'augmentation des médecins (publics et privés) nous constatons la persistance de la faible densité médicale (1 médecin pour plus de 1700 habitants).
- ✓ Une forte présence du secteur privé ce qui explique la difficulté de l'accès aux soins par les pauvres. En revanche, le recours aux arrangements contractuels avec le secteur privé peut réduire cette inégalité d'accès aux soins avec la mise en place d'un système efficace d'incitation qui motive les médecins privés à participer à la mission d'un service public.

### 1.2.2. Les pharmaciens

Les pharmaciens jouent un rôle très important dans le système de l'offre de soins, d'où la nécessité de penser à formuler des relations contractuelles entre ces derniers et les médecins, les caisses d'assurances, etc.

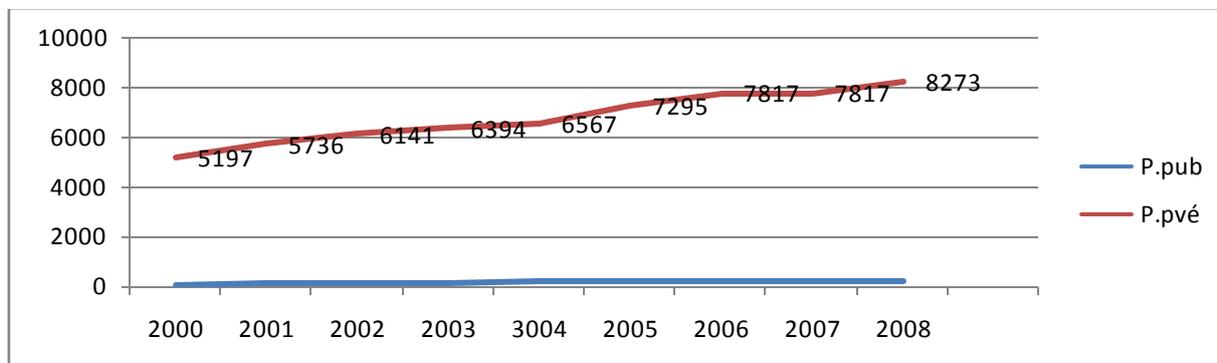
**Tableau 5 : évolution du nombre de pharmaciens (publics et privé) au Maroc.**

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>P.pub</b>	39	84	114	129	158	157	185	185	173
<b>P.Privé</b>	5197	5736	6141	6394	6567	7295	7817	7817	8273

*Source : Ministère de la Santé marocain, « la santé en chiffre 2009 », 2009.*

Le tableau nous montre clairement l'écart qui existe entre le nombre de pharmacien exerçant dans le secteur public et celui qui exerce dans le secteur privé. En effet, le domaine de la pharmacie est presque confié au secteur privé. Des relations contractuelles seront inévitablement nouées entre les caisses d'assurance, les mutuelles, les hôpitaux, etc. avec les pharmaciens

**Figure 4 : Evolution du nombre de pharmaciens (publics et privé) au Maroc**



*Source : Graphique réalisée par nos soins à partir des données du tableau N° 5*

### 1.3. Les chirurgiens dentistes

**Tableau 6 : évolution du nombre de pharmaciens (publics et privé) au Maroc**

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>N.ch.pub</b>	162	174	238	247	286	291	320	320	348
<b>N.ch.pvé</b>	2299	2453	2578	2697	2859	2998	3153	3357	3519

*Source : Ministère de la Santé marocain, « la santé en chiffre 2009 », 2009.*

La chirurgie dentaire aussi est dominée par l'offre privée. Ce contexte doit être accompagné par un développement d'une stratégie de coopération entre le public et le privé pour qu'ils puissent jouer un rôle complémentaire et bénéficier de leur synergie.

Ce contexte est caractérisé par une présence, par fois une dominance, des acteurs privés fait appel aux arrangements contractuels. Ces derniers devront être appliqués pour réorganiser les relations qui se nouent entre ces acteurs et les nouveaux qui s'intéresseront au secteur de la santé.

## 2. Financement de secteur de la santé et la couverture médicale au Maroc

L'amélioration de l'état de santé de la population passe par un financement équitable et ciblé vers les domaines qui génèrent plus d'utilité<sup>124</sup>.

### 2.1. Les dépenses de santé

**Tableau 7 : Evolution des dépenses de santé au Maroc**

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>BG</b>	94554	98177	97061	98497	100967	121399	123449	135512	160366
<b>Dép/BG</b>	4,87	5,05	5,35	5,27	5,44	5,12	4,93	5,44	5,08
<b>Dép/PIB</b>	0,67	1,16	1,16	1,09	1,09	1,18	1,05	1,2	1,18

Source : Ministère de la Santé marocain, « la santé en chiffre 2009 », 2009.

Les dépenses de santé sont en permanente fluctuation entre 2000 et 2008, mais elles ne dépassent pas les 5% du budget global de l'Etat. En effet, la part de la santé reste insuffisante d'où la nécessité de rechercher d'autres sources de financement.

Le niveau des dépenses de santé reste faible. Ceci est justifié par le faible recours aux soins et l'accès aux biens médicaux.

La consommation médicale est constatée dans le contexte de la cherté des soins et des médicaments. A titre d'exemple ;

- ✓ Le coût moyen d'une ordonnance médicale est de 250 DH soit l'équivalent de quatre journées de travail rémunérées au salaire minimum garanti.
- ✓ Une consultation chez un médecin spécialiste coûte en moyen 150 DH, soit l'équivalent de deux journées et demie de travail rémunérées aux SMIG.

<sup>124</sup> Driss Z, El-idrissi A, Kaddar M, Sabri B.: « Constraints and obstacles to social health protection in the Maghreb: the cases of Algeria and Morocco », Bulletin of the World Health Organization, November 2008.

## **2.2. Répartition des dépenses de santé**

La répartition des dépenses de santé par niveau nous montre que 47% profitent aux hôpitaux (15% aux CHU, 32% aux reste d'hôpitaux), 38 % au réseau de soin de santé de base, tandis que les instituts et laboratoires nationaux, qui sont considérés comme des structures de soutien aux RSSB, ne bénéficient que de 2%.

## **2.3. Sources de financement de la santé**

L'analyse des sources de financement met en exergue l'iniquité du financement de la santé en raison de la forte part des paiements directs des ménages qui s'élèvent à plus de la moitié de la dépense globale de santé. Les coûts du système de santé marocain ne sont donc pas répartis selon les capacités de paiement des individus à travers un mécanisme de solidarité nationale mais plutôt, en fonction du risque maladie supporté par le paiement direct des ménages. Ce type de financement fragmenté engendre des difficultés de contrôle, de régulation et maîtrise du système de santé.

### **2.3.1. Source de financement par type d'institution**

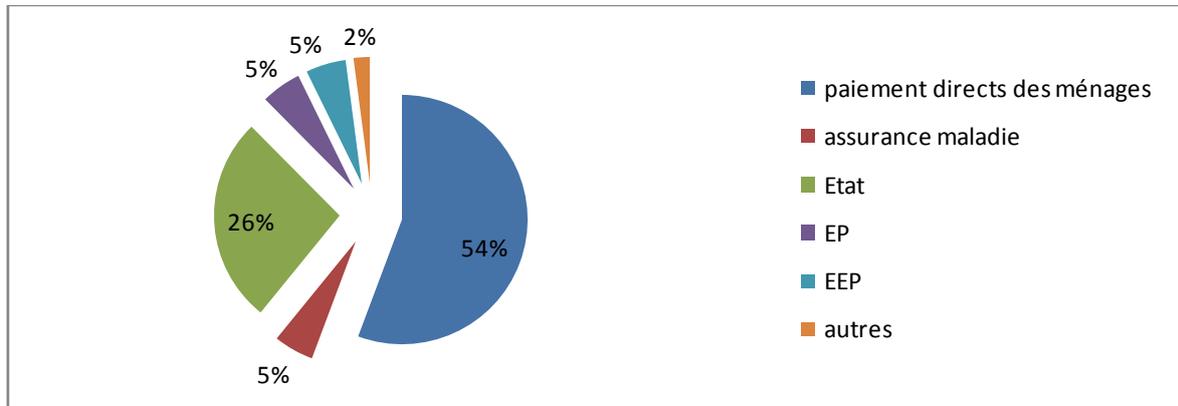
Les principales sources de financement sont les ménages et l'Etat. Les ménages sont à l'origine de 59% des dépenses (54% par les paiements directes et 5% par les cotisations et l'assurance maladie en tant qu'employé). L'Etat se limite à 26% des dépenses globales de financement.

Les autres sources de financement se résument comme suit :

5% par les entreprises privées (EP), 5% par les entreprises et établissements publics (EEP),

1% par les collectivités locales et en fin 1% provient de la coopération internationale.

**Figure 5 : Source de financement par type d'institution au Maroc**



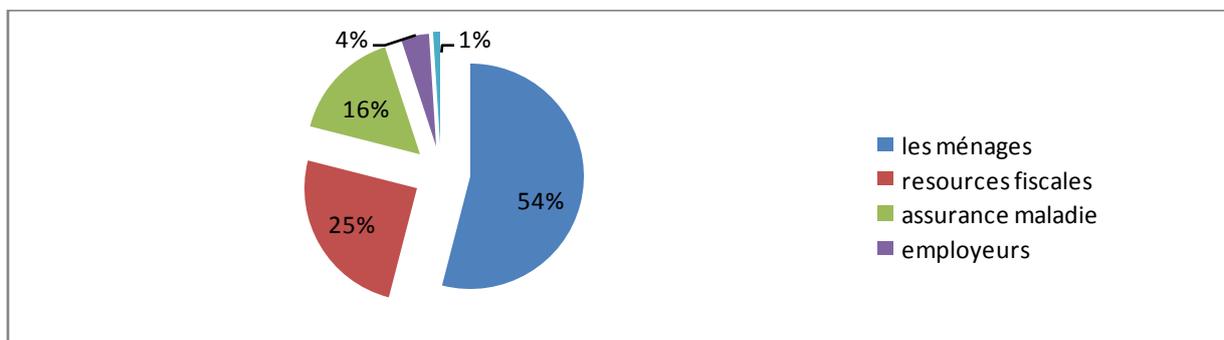
**Source :** Graphique réalisé par nos soins à partie du rapport du Ministère de la Santé du Maroc : « système de santé et qualité de vie corrigée », op.cit. p66

### 2.3.2. Source de financement par nature de financement

La répartition par nature montre que la part la plus importante demeure celle des paiements directs des ménages (54%) les ressources fiscales nationales et locales est de 25%, l'assurance maladie (cotisations salariales et patronales) des EEP, EP et les CL ne représentent que 16% cela veut dire que le financement collectif de la santé à travers des mécanismes solidaires ne concernent que 41 % de la dépense globale de la santé.

Quant aux autres sources de financement, elles ne concernent que 4% pour les employeurs et 1% pour la coopération internationale.

**Figure 6 : répartition des sources de financement par nature au Maroc**



**Source :** Graphique réalisé par nos soins à partie du rapport du Ministère de la Santé du Maroc : « système de santé et qualité de vie corrigée », op.cit.

## 2.4. La couverture médicale au Maroc

La couverture du risque maladie au Maroc ne joue pas un rôle important dans son système de santé<sup>125</sup>, c'est un régime facultatif qui ne couvre que 16% de la population marocaine dont la majorité des assurés sont des citoyens<sup>126</sup>.

La couverture médicale est assurée par plusieurs régimes :

### 2.4.1. Les mutuelles des agents publics :

Les mutuelles d'assurance sont de nombre de 9 qui sont :

- ✓ La mutuelle des forces armées royales
- ✓ Poste
- ✓ police
- ✓ Enseignement
- ✓ Administration centrale
- ✓ Collectivités locales
- ✓ Forces auxiliaires
- ✓ Office d'exploitation des ports
- ✓ Douanes.

Toutes ces mutuelles sont chapeautées par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) qui assure la fonction de la gestion y compris la perception des cotisations des employeurs. Cette couverture concerne les salariés et les retraités du secteur public et leurs ayant droit. Quant au financement, il est assuré par des cotisations : près de 6% pour les actifs dont 2,5% à la charge des salariés et 1,7% par les retraités.

### 2.4.2. Le régime interne

Ce sont les systèmes d'assurance organisés et gérés par les établissements et les entreprises publiques au profit de leurs employés. Dans ce régime on peut noter ce qui suit :

- ✓ Les taux de cotisation et de remboursement ne sont pas unifiés. En effet, chaque organisme applique un taux de cotisation de remboursement qui lui convient.

---

<sup>125</sup> Alami G. : « *L'Assurance-Maladie Obligatoire au cœur du débat au Maroc* », conférence internationale de l'assurance maladie, 2003.in : [www.tetouaneweb.org/upload/forum/1174687422.doc-Maroc](http://www.tetouaneweb.org/upload/forum/1174687422.doc-Maroc)

<sup>126</sup> Op.cit.

- ✓ Généralement la part patronale dépasse la part des salaires.
- ✓ En termes de la qualité de la couverture, elle est beaucoup plus généreuse pour les autres mutuelles que celle du public.

#### **2.4.3. La caisse mutualiste interprofessionnelle marocaine**

C'est un régime de couverture sociale qui couvre les employés des structures des banques et des hydrocarbures, dont les taux de cotisation sont équitablement répartis entre les employeurs et les employés. Ce régime est réputé d'assurer la meilleure qualité de service au niveau nationale.

#### **2.4.4. Les compagnies d'assurance privées**

Se sont des caisses d'assurance à but lucratif, elles couvrent les employés des entreprises privées dans le cadre d'une assurance maladie de groupe contractée par les entreprises. Le montant des primes varient selon le type de la couverture choisie.

### **3. Les récentes réformes du système de santé**

Ces dernières années le système de santé marocain à connu une grande dynamique de réforme du système de santé en touchant aux aspects suivant : financement, réforme hospitalière, régionalisation, etc.

#### **3.1. Orientations stratégiques de la réforme du système de santé**

La réforme du système de santé au Maroc vise principalement, dans le cadre d'un choix politique, la régionalisation et la réforme de l'administration publique. Plus précisément, la réforme vise le redéploiement des grandes fonctions du système de santé, notamment la séparation entre la fonction de financement et celle de la production de soins ou de la prestation, et dans le cadre de la décentralisation, la réforme vise la séparation entre la fonction de la tutelle (régulation) et la fonction de gestion, avec le renforcement de l'autonomie des régions sanitaires.

### 3.2. Séparation entre financement et production de soins

Pour concrétiser cette réforme, le Maroc a opté pour l'introduction de nouveaux mécanismes de financement à savoir L'assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED)<sup>127</sup>. Cette réforme vise à augmenter le taux de couverture sanitaire à 50% de la population. Et donner plus d'autonomie aux hôpitaux dans le but d'améliorer la qualité de leurs services.

### 3.3. Séparation entre la régulation et la gestion des établissements

La fonction de l'administration générale, assurée principalement par l'Etat, reste toujours un rôle un peu compliqué par rapport aux différents niveaux d'intervention ; intervention au niveau de la gouvernance (régulation), la fonction de management et la fonction de gestion. Avec cette réforme, le rôle de l'Etat doit se centrer sur la fonction de gouvernance du système et la mobilisation des fonds<sup>128</sup>. Les établissements et les structures décentralisées, de leur côté veillent sur l'utilisation efficace de ces ressources et la production des soins et services de qualité, par la mise en place d'un système de gestion performant. Cela ne peut se réaliser qu'avec le transfert de certain pouvoir de décision et de planification aux structures décentralisées.

### 3.4. La réforme de la régulation

La réforme de régulation des systèmes de santé au Maroc vise à mettre en place trois principes fondamentaux :

- *La planification* : Cette tendance est matérialisée par l'introduction de nouveaux outils de planification notamment la carte sanitaire (CS), le système régionale d'organisation sanitaire (SROS) et le projet de l'établissement hospitalière (PEH) qui seront renforcés aussi par des conseils régionaux.
- *La contractualisation* : Ce nouveau mode de gestion est au cœur de la réforme, il vise à créer une concurrence organisée qui sera à l'origine de l'amélioration de la performance des établissements de soins aussi bien privés que publics pour pouvoir construire un système de

---

<sup>127</sup> Belghiti A. : « *La réforme de la santé au Maroc : pertinences et opportunité* » Ministère de la Santé du Maroc, présenté au XXXème Congrès Médical Maghrébin, Casablanca, 7-9 juin 2001.

<sup>128</sup> La réforme britannique a exprimé cette tendance par un slogan « moins d'Etat, mieux d'état »

santé intégré qui met en jeu les acteurs publics et privés. Ces derniers seront surveillés, régulés et orientés par l'Etat.

- *La régulation des dépenses* : Pour renforcer la régulation des dépenses et pour accompagner la mise en place de l'AMO et le RAMED, l'Agence Nationale de la Régulation du Financement des Soins (ANRFS) est mise en place. Cet organisme a la fonction de jouer l'intermédiation entre les financeurs et les producteurs de soins et résoudre les conflits potentiels.

#### **4. Les faiblesses du système de santé marocain et les axes stratégiques des réformes**

##### **4.1. Les faiblesses de du système de santé marocain**

L'analyse du système de santé au Maroc nous permet de révéler les dysfonctionnements suivants :

###### **Au niveau de l'offre de soins,**

- Une forte concentration des structures de soins publiques et privées dans les grandes villes<sup>129</sup>. Cette disparité a provoqué un accès de plus en plus difficile pour les citoyens des régions isolées.
- Une inégale répartition des professionnels de la santé notamment les spécialistes et leurs concentration aussi dans les grandes agglomérations.
- Une grande disparité entre le milieu rural et le milieu urbain.

###### **Au niveau du financement de soins,**

- Un faible taux de participation de l'Etat au financement de la santé, les ménages supportent la part la plus importante avec leurs paiements directs des services de santé.
- Un financement public faible par rapport aux autres pays à niveau de développement similaire.
- Une faible couverture sociale (seulement 15% de la population est couverte)
- Un faible accès des démunis aux services de la santé sous contrainte de la cherté de la prestation médicale et le niveau élevé de pauvreté.

---

<sup>129</sup> Skalli N. : « *Le système de santé au Maroc, perspectives de réforme* », communication présentée au forum Euro med de la santé, Barcelone 2005.

Le système de santé marocain est encore en construction, plusieurs réformes sont engagées mais ne sont pas encore achevées. Il est caractérisé par une forte présence des acteurs privés et un désengagement de l'Etat. Ce contexte favorise le développement de la contractualisation qui sera la solution pour une grande part des problèmes de ce système.

#### 4.2. Les axes stratégiques de la réforme

La réforme de la santé au Maroc repose essentiellement sur quatre choix et axes stratégiques :

- *La régionalisation* : la régionalisation vient pour appuyer l'idée de la décentralisation, elle permet donc d'accorder plus de responsabilité et d'autonomie aux décideurs locaux. Elle est aussi considérée comme un instrument politique qui encourage et redynamise la participation des collectivités locales à la planification et au financement des actions de santé.
  
- *L'approche du système de santé intégré* : cette approche vise à intégrer quatre modes d'organisation :
  - ✓ L'organisation en deux secteurs (public et privé) intégrés et complémentaire.
  - ✓ L'organisation en réseaux (RH, RSSB, etc.)
  - ✓ L'organisation par programme sanitaires.
  - ✓ L'organisation en services déconcentrés.
  
- *La réforme hospitalière* : elle vise la préparation des hôpitaux aux différentes mutations ; la transition sanitaires, l'autonomie, la mise en place de l'assurance maladie, etc. cette préparation passe nécessairement par le développement du management hospitalier et par la mise à niveau des processus de production des soins.
  
- *La réforme du financement* : puisque cette réforme est au centre du débat au Maroc, la réalisation des comptes nationaux de la santé représentera un moyen pour suivre l'évolution des dépenses et leurs affectations.

### III. LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

Le système de santé Algérien se trouve encore en mutations. Les responsables cherchent encore une meilleure organisation qui permettra de réaliser à la fois un double objectif ; rationalisation des dépenses et amélioration de la qualité de la prestation. Dans cette section, nous tenterons de faire une description du système de santé algérien en se basant sur les facteurs qui favorisent la mise en œuvre de la contractualisation.

#### 1. Organisation de l'offre de soins et la couverture sanitaire en Algérie

##### 1.1. Organisation de l'offre de soins en Algérie

L'offre de soins en Algérie est organisée au tour d'un système qui se caractérise par la coexistence de deux acteurs public et privé. L'offre publique est assurée par trois niveaux : au niveau local, par les CMS. Au niveau intermédiaire, par les EHS (Etablissement Hospitalier Spécialisé) et au niveau national, par les CHU (les Centre Hospitalo-universitaires).

Le secteur privé est fonctionne principalement par les cabinets, les cliniques, etc.

##### 1.1.1. Le secteur public

Le niveau local est assuré par les CMS, les centres de santé et les salles de soins: sont des structures de soins de proximité assurant les premiers soins, les activités de prévention et de consultation. Elles sont réparties dans les zones rurales et urbaines.

**Tableau 8 : les structures de soins de base en Algérie**

ANNEES	2000	2003	2006
CMS	515	603	592
Centre de santé	1252	1285	1248
Salle de soins	3964	4412	4684

Source : Ministère de la santé : « Statistiques sanitaires », direction de la planification et de la normalisation, 2000, 2003, 2006.

Le tableau 8 nous montre l'existence de structures publiques diversifiées qui tentent d'assurer une couverture médicale et sociale suffisante pour la population au niveau local. Malgré leurs extensions, la couverture reste toujours insuffisante<sup>130</sup>.

Au niveau intermédiaire, l'offre de soins est assurée par les établissements hospitaliers spatialisés (EHS), chaque établissement se spécialise dans des pathologies bien précise comme EHS anti cancéreux de Blida, EHS d'ophtalmologie d'Oran, etc.

**Tableau 9 : Les établissements hospitaliers spécialisés en Algérie**

Années	2000	2003	2006
Nombre d'EHS	31	32	36
nombre de lits	6416	6046	7578

**Source :** Ministère de la santé : « *Statistiques sanitaires* », direction de la planification et de la normalisation, 2000, 2003, 2006.

Au niveau supérieur, l'offre de soins est assurée par les Centres Hospitalo – Universitaires. Ils ont la mission de l'offre de soins pour les pathologies compliquées qui nécessitent l'intervention des compétences spécialisées, assurer la formation du personnels médicaux et aussi les activités de recherche médicales.

**Tableau 10 : les CHU et leurs nombre de lits en Algérie**

Années	2000	2003	2006
Nombre de CHU	25	28	29
Nombre de lits	13087	13465	14150

**Source :** Ministère de la santé : « *Statistiques sanitaires* », direction de la planification et de la normalisation, 2000, 2003, 2006.

<sup>130</sup> Kaddar M. : « *Les réformes des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : contexte, succès et défis actuels* », communication présentée au 1<sup>er</sup> colloque international sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement, Béjaïa 13-15 novembre 2006.

Bien que le nombre de CHU et leur nombre de lits soient en augmentation, mais il reste toujours très difficile de satisfaire toute la demande de soins au niveau de ces structures, cela est la cause d'une mauvaise hiérarchisation des soins et le respect des différents niveaux d'accès aux soins<sup>131</sup>.

### 1.1.2. Le secteur privé

Après les mesures de libéralisation et l'annulation de toute interdiction de l'activité médicale privée, ce secteur a connu une extension remarquable. Aujourd'hui, ce secteur a une très grande part dans l'offre de soins. Il est assuré principalement par les cabinets privés, les cliniques, etc.

**Tableau 11 : Extension de l'offre privée en Algérie**

années	2000	2003	2006
Cabinets généraliste	/	5996	6179
Cabinets spécialiste	/	4700	5206
Cabinets dentaires	/	3755	4381
Cliniques	75	133	6689

**Source :** Ministère de la santé : « *Statistiques sanitaires* », direction de la planification et de la normalisation, 2000, 2003, 2006.

D'après le tableau 11, nous pouvons constater que le secteur privé est fortement présent dans le système de l'offre de soins. Or, ce qui pose problème, c'est son fonctionnement autarcique sans collaboration avec le secteur public<sup>132</sup>. C'est dans ce sens que la contractualisation doit intervenir pour remédier à ce problème.

### Les pharmacies d'officine

Le secteur de la commercialisation du médicament est, en grande partie, confié au secteur privé.

<sup>131</sup> Saihi A. : « *Le système de santé publique en Algérie : analyse et perspectives* », in *Gestion Hospitalière*, Avril 2006, p32.

<sup>132</sup> Saihi A. : « *Le système de santé publique en Algérie : analyse et perspectives* », op.cit.p35.

**Tableau 12 : Répartition des pharmacies publiques privées en Algérie**

Année	2000	2003	2006
Pharmacie publique	989	1019	1012
Pharmacie privée	4587	5502	6689

Source : Ministère de la santé : « *Statistiques sanitaires* », direction de la planification et de la normalisation, 2000, 2003, 2006.

Le tableau 12 révèle que le nombre de pharmacies privées est cinq fois plus que celles du secteur public, une fois encore, les relations contractuelles avec ces acteurs sont nécessaires pour assurer une bonne distribution des médicaments et la participation à la promotion des différentes politiques du médicament comme le médicament générique.

## 1.2. Organisation de la couverture sociale en Algérie

Le système de sécurité sociale est actuellement organisé au tour de cinq (05) organismes (caisses) couvrant principalement tous les risques : la CNAS et la CASNOS qui couvre les risques, soins médicaux, invalidité, décès, maternité, les accédants de travail et les maladies professionnelles.

La CNR (caisse nationale des retraites) pour l'assurance vieillesse. La CNAC (la caisse nationale de l'assurance chômage, elle couvre le risque chômage, enfin, pour les congés payés sont à la charge de CACOBATH

La totalité de ce régime couvre presque 85% de la population.

### 1.2.1. Les missions des caisses de sécurité sociale

La complexité des tâches de la couverture sociale a poussé les pouvoirs publics à redistribuer les tâches de la couverture sociale sur les différentes caisses qui le constituent dans la mesure où chaque caisse s'occupe d'une catégorie bien précise des bénéficiaires<sup>133</sup>.

- **La CNAS** : elle est devenue une caisse autonome avec son statut juridique suit au décret N° 92-07 du janvier 1992. Elle a la mission de :

<sup>133</sup> Lamri L. : « *Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique* », Office des Publications Universitaires, Alger, 2004.

- ✓ La gestion des prestations en nature et en espèce des assurances sociales des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- ✓ La gestion des prestations en nature et en espèces dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accordées internationales de sécurité sociale.
- ✓ La promotion des actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- ✓ La passation des conventions avec les praticiens médicaux publics et privés.
- ✓ Construction des établissements à caractère sanitaire et sociale et à partir de 1994, la CNAS procède au paiement des prestations familiales (allocation familiales et primes de scolarité)

Pour une bonne prise en charge médicale et sociale de ses bénéficiaires, la CNAS dispose d'un ensemble de structures ; deux (02) hôpitaux, spécialisés en chirurgie cardio-pédiatrique, une clinique de chirurgie ORL, un centre de rééducation et de réadaptation professionnelle, 37 CMS et 6 pharmacies.

Quant aux structures sociales, elles disposent de 34 crèches pour enfants et un complexe touristique.

- La **CASNOS** : la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs non Salarisés

Elle s'en charge de la prestation sociale des catégories professionnelles des non salariés<sup>134</sup>. Sa mission est de :

- ✓ Gérer les prestations en nature et en espèce des assurances sociales des non salariés.
- ✓ Gérer les pensions de retraite des non salariés.
- ✓ L'organisation et la coordination du contrôle médical

- La **CNR** : la Caisse Nationale des Retraites :

---

<sup>134</sup> Cette catégorie est représentée par : les commerçants, les artisans, les industriels, les agriculteurs, professions libérales ...

Elle est l'une des plus anciennes des caisses de sécurité sociales. Elle a été créée par le décret N° 85-223 du 20 avril 1985, modifié par le décret de 92-07 du 04 janvier 1992. Elle est chargée principalement de la gestion des pensions des retraités, elle s'occupe de :

- ✓ La gestion des pensions et allocations des retraités ainsi que celles des ayants droit.
- ✓ La mise en application des dispositions relatives à la retraite prévues par les conventions et accords internationaux de sécurité sociale.
- ✓ Le contrôle du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations de retraite.

- La **CNAC** : La Caisse Nationale de l'Assurance Chômage :

Elle a été créée en 1994, suite à la compression des effectifs et la situation d'un grand nombre d'entreprises publiques, cette caisse bénéficie de deux sources de financement : un pourcentage tiré des cotisations sociales et un préfinancement versé par les entreprises devant libérer des effectifs ou ayant été dissoutes. Elle a pour mission principale l'allocation de chômage des travailleurs ayant perdu leur emploi pour des causes économiques<sup>135</sup>, elle se charge aussi de :

- ✓ Mettre à jour le fichier des affiliés et d'assurer le recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations de chômage.
- ✓ Organiser le contrôle prévu par la législation en matière d'assurance chômage.
- ✓ Constituer et maintenir un fonds de réserve pour lui permettre, en toute circonstance, de faire face à ses obligations vis-à-vis des bénéficiaires.

- La **CACOBATH**

C'est le dernier né des caisses de sécurité sociale. Cette caisse nationale des congés payés et du chômage intempérie des secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique a été créée par le décret N° 97-45 du 04 février 1997. elle a pour missions ce qui suit :

- ✓ La gestion des congés payés et du chômage intempérie des travailleurs des structures du bâtiment, des travaux publics et d'hydraulique.
- ✓ Procéder aux recouvrements des coûts par les cotisations et constituer un fonds de réserves pour pouvoir faire face aux paiements de ces indemnités.

---

<sup>135</sup> Il s'agit généralement des licenciements causés par des difficultés financières des entreprises publiques

- ✓ Contribuer à la création d'un fonds de couverture sociale au profit des travailleurs de son domaine de compétence et à leur ayant droit.

Le système de sécurité sociale en Algérie est essentiellement contributif, c'est-à-dire que les ressources de financement proviennent principalement des prélèvements sociaux obligatoires qui sont à la charge des travailleurs et des employeurs publics ou privé. Ce caractère contributif et l'absence d'autres sources de financement provoquent des problèmes de financement pour ce système.

### 1.2.2. Le déséquilibre financier des caisses de sécurité sociale

A partir des années 90, le problème du décalage entre les dépenses de sécurité sociale et ses recettes commence à apparaître<sup>136</sup>, cela est provoqué par plusieurs facteurs.

- ✓ Augmentation du nombre des bénéficiaires non cotisants (ayant droit)
- ✓ Apparition de nouvelles affections chroniques non transmissibles (Diabète, Cancers, maladies cardiovasculaires...) qui nécessitent une prise en charge très coûteuse et qui pèsent lourdement sur la trésorerie de ces caisses<sup>137</sup>.
- ✓ Augmentation des forfaits hôpitaux qui représentent le moyen de financement des structures publiques de santé par la sécurité sociale.
- ✓ Diminution du nombre des cotisants suit aux multiples licenciements et fermetures d'un nombre important des entreprises publiques suite à la crise économique qu'a connu le pays.

---

<sup>136</sup> Abderrahmane DJ, « La réalité du système de sécurité sociale Algérien : crise ou conjoncture », communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010.p 12.

<sup>137</sup> Abderrahmane DJ, « La réalité du système de sécurité sociale Algérien : crise ou conjoncture », op.cit, p14

- ✓ Augmentation des accidents de travail et les maladies professionnelles<sup>138</sup>.

### 1.2.3. Les taux de cotisation

Tableau 13 : Les taux de cotisation aux caisses de sécurité sociales en Algérie

Branches	A la charge de l'employeur	A la charge de salarié	A la charge du fonds des œuvres sociales	TOTAL
Assurances sociales : (maladie, maternité, invalidité et décès)	12,5%	1,5%	-	14%
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25%	-	-	1,25%
Retraite	10%	6,75%	0,5%	17,25%
Assurance chaumage	1%	0,5%	-	1,5%
Retraite anticipée	0,25%	0,25%	-	0,5%
Logement social	-	-	0,5%	0,5%
<b>TOTAL</b>	<b>25%</b>	<b>9%</b>	<b>1%</b>	<b>35%</b>

Source : Abderrahmane DJ, « La réalité du système de sécurité sociale Algérien : crise ou conjoncture », communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010.p5

D'après le tableau 13, on remarque clairement que les cotisations sont pas à la charge du salaires uniquement, mais elles sont réparties, avec des pourcentages différents, entre les employeurs, les salaires et le fonds des œuvres sociales. L'employeur supporte généralement la part la plus importante.

<sup>138</sup> Kaid Tlilane N, Dermel A, Azri K : « Essai d'évaluation des accidents de travail en Algérie », communication présentée au deuxième colloque internationale : santé et sécurité au travail, développement et mondialisation. Béjaïa, 06,07 Juin 2009.P2.

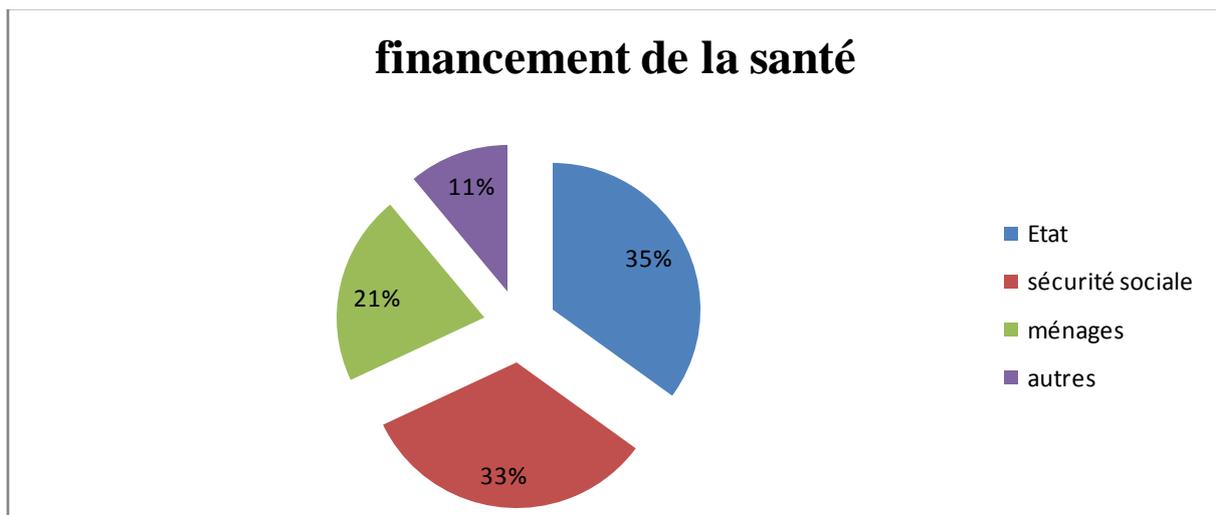
## 2. Financement de la santé et ses dépenses en Algérie

Face à l'augmentation effrénée des dépenses de santé en Algérie, le problème de financement de ce secteur se pose avec plus d'acuité. Trouver un mécanisme efficace de financement est une priorité qui s'impose en Algérie.

### 2.1. Financement de la santé en Algérie

Le secteur de la santé est financé en grande partie par l'Etat et les caisses d'assurance. La figure suivante le montre clairement.

Figure 7 : Répartition du financement de la santé en Algérie.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du MS, 2008.

- On remarque que la part de la sécurité sociale est prépondérante et qu'elle est en moyenne de l'ordre de 45%, mais elle commence à fléchir puisqu'en 2008, elle n'est plus que de 33% !

- La contribution de l'Etat est de l'ordre de 28%, atteignant 35% en 2008, ce qui sous-entend le recours à la fiscalité<sup>139</sup>
- La contribution des ménages avoisine les 24%, elle montre une diminution sensible pour atteindre 21% en 2008.

Ceci nous amène à conclure que la sécurité sociale reste le principal bailleur de fonds du système de santé algérien et qu'en dehors de contraintes extrinsèques, cette dépendance complique davantage la gestion des structures sanitaires. Aussi, il paraît inévitable d'aller vers la recherche d'autres modes de financement en impliquant d'autres partenaires et d'autres mécanismes de génération de ressources.

Par ailleurs, cette situation conduit à la stagnation des budgets des structures sanitaires. Le principal souci des pouvoirs publics sera la recherche de l'équilibre de ces budgets par un mécanisme de subvention sans se soucier de la détérioration de la qualité des soins offerts aux patients, sans oublier que l'essentiel de ces budgets va au paiement des salaires des personnels.

## 2.2. Les dépenses de santé

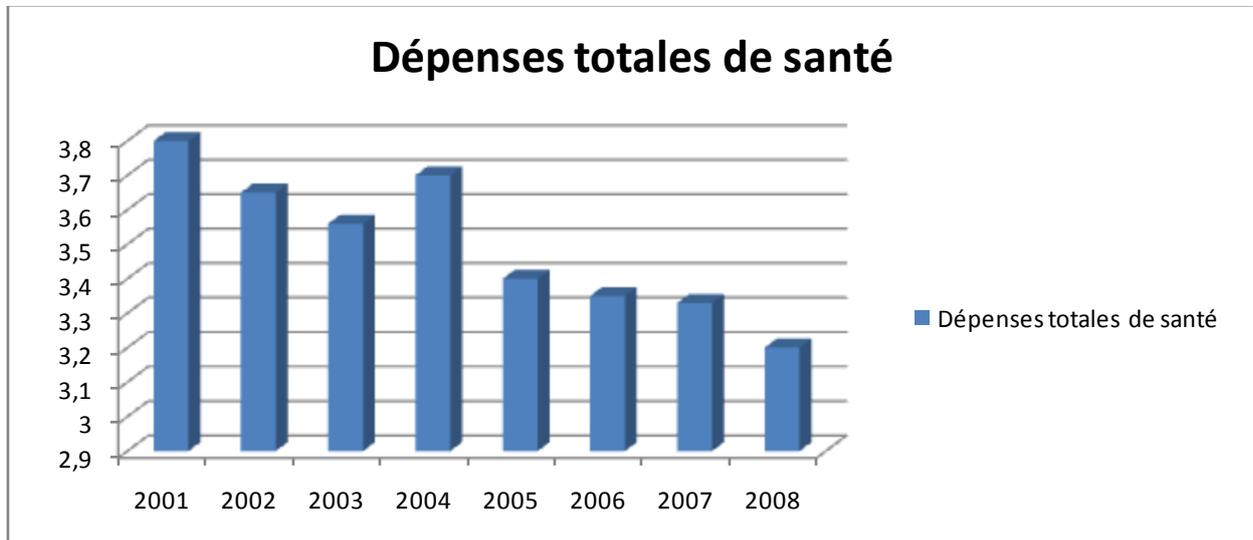
L'analyse des dépenses de santé en Algérie révèle une réalité qui traduit la tendance et la composition de ce système. D'un côté, ces dépenses connaissent une augmentation soutenue d'une année à une autre<sup>140</sup>. D'un autre côté, le taux de ces dernières est en diminution progressive de la part du PIB.

---

<sup>139</sup> CNAS : « *Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et les perspectives de la contractualisation* », séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, août 2008.

<sup>140</sup> Saihi A : « *Le système de santé publique en Algérie : analyse et perspectives* », in *Gestion Hospitalière*, Avril 2006.

Figure 8 : Evolution des dépenses totales de santé en %du PIB en Algérie



**Sources :** Ahmed Zaid-Chertouk M, Amiri Dalila : « *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des hôpitaux : application au secteur sanitaire de LARBAA NAIT IRATHEN*, communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010.p23.

D'après la figure, on constate que :

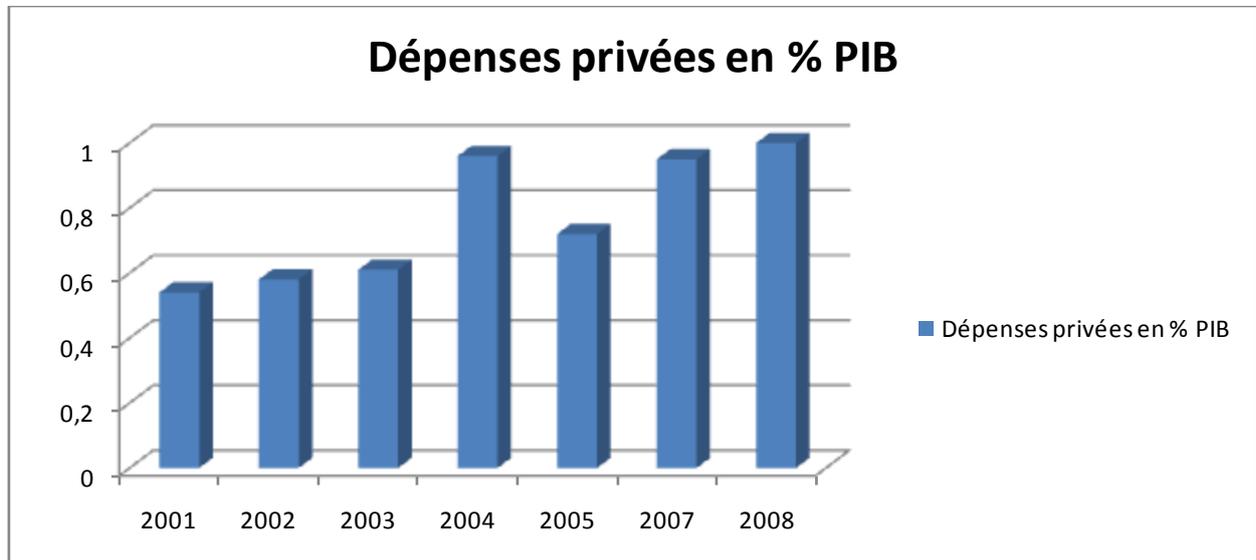
Premièrement, la part des dépenses de la santé est relativement faible (qui ne dépasse pas 4% du PIB). Par cet effet, le problème de l'insuffisance des sources de financement est réellement posé.

Deuxièmement, la part des dépenses de santé en % du PIB est en diminution ce qui traduit la volonté de l'Etat de se désengager du financement de la santé.

### 2.2.1. Les dépenses privées

Les dépenses privées en Algérie sont en pleine extension (la figure suivante le montre clairement). Ceci est le résultat du désengagement de l'Etat du financement de ce secteur. Ce contexte a favorisé l'émergence de nouveaux acteurs privés qui ont une part grandissante dans les dépenses de santé.

**Figure 9 : Evolution des dépenses du secteur privé de la santé en % du PIB en Algérie**

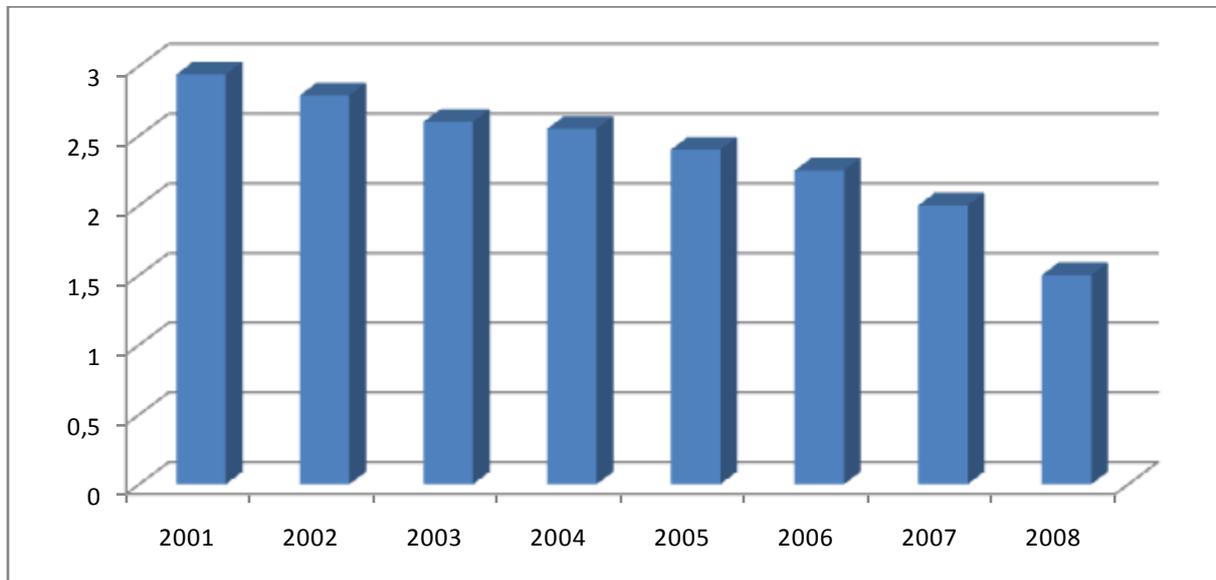


**Sources :** Ahmed Zaid-Chertouk M, Amiri Dalila : « *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des hôpitaux : application au secteur sanitaire de LARBAA NAIT IRATHEN*, communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010.

### 2.2.2. Les dépenses publiques de santé

Les dépenses publiques de santé en % du PIB sont en diminution continuelle. Cela veut dire que d'autres secteurs (industrie, emploi, logements, etc.) sont en concurrence avec celui de la santé. La figure suivante montre clairement cette tendance à la baisse. D'où la recherche d'autres sources de financement (secteur privé) est encouragée actuellement.

**Figure 10 : Evolution des dépenses du secteur public de la santé en % du PIB en Algérie**



**Sources :** Ahmed Zaid-Chertouk M, Amiri Dalila. : « *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des hôpitaux : application au secteur sanitaire de LARBAA NAIT IRATHEN*, communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010.

### **3. Les dysfonctionnements majeurs du système de santé algérien**

Le système de santé algérien souffre de multiples dysfonctionnements qui se manifestent sur plusieurs plans qui rendent la tâche de la réforme très complexe.

#### **✓ Les dysfonctionnements au plan de l'organisation et les moyens matériels et humains**

- Multiplicité des organes d'intervention à différents niveaux et la concentration des tâches (prestation, financement, contrôle et régulation .,etc.) de la tutelle trop lourde et inefficace.
- Inadaptations des statuts des établissements
- Démotivation des personnels du fait de statut inadapté et des mauvaises conditions d'exercice et de rémunération.
- Inégalité de la répartition des ressources humaines et matérielles entre les régions et à l'intérieur des régions.

- Equipement insuffisants ou le plus souvent vieux et obsolète et l'absence d'une politique de maintenance
- Absence de révision de la nomenclature des actes et de la tarification.
- Insuffisance d'évaluation des activités médicales.

✓ **Les dysfonctionnements sur le plan de financement**

- Allocation et répartition de ressources financières inadaptées et insuffisantes.
- Budget des hôpitaux répartis inéquitablement et d'une manière non négociée avec les responsables
- Absence de maîtrise des coûts et des dépenses
- Déséquilibre des budgets du secteur sanitaire au profit de l'hôpital au détriment des structures extra hôpital, ces pratiques désarticule le système et remettent en cause la hiérarchie des soins.

✓ **Dysfonctionnements sur le plan de l'information**

- Les bureaux des entrées pas encore totalement opérationnels
- Un personnel peu formé à la codification et la classification des actes médicaux.
- L'absence d'un système d'information opérationnel ce qui rend la prise de décision se fait d'une manière ambiguë.

✓ **Dysfonctionnements sur le plan de la formation**

- La demande en formation continue de tous les personnels n'est pas totalement satisfaite par les écoles de formation.
- La formation des gestionnaires aux niveaux des établissements de l'enseignement supérieur ne répond pas au profil de la gestion hospitalière.
- La formation académique n'est plus en mesure de répondre aux qualifications exigées par la pratique de la profession ou par les exigences de polyvalence du terrain.

✓ **Dysfonctionnement du secteur privé**

Le secteur privé souffre lui aussi de plusieurs problèmes, au lieu d'être un secteur qui complète le secteur public, il fonctionne toujours sans aucune coopération et harmonie avec le secteur public. Il se caractérise par :

- L'absence des normes applicables au secteur privé en termes d'organisation des activités médicales.

- Absence des cahiers de charges qui régissent le fonctionnement des établissements privés.
- Absence d'une participation effective aux activités de prévention.
- Anarchie dans les honoraires et les coûts des actes.
- Absence de coopération institutionnalisée entre le secteur public et privé.

Tous ces dysfonctionnements et toutes ces dégradations du fonctionnement des systèmes de santé ont poussé le gouvernement à mettre la réforme de ce secteur au centre de ses préoccupations. Effectivement, à partir de 2002 un grand chantier de réforme a été lancé au point de changer même l'appellation du Ministère concerné pour devenir le Ministère de la Santé, de la Population et de la **Réforme Hospitalière**.

La réforme du système de santé se base donc principalement sur la réforme hospitalière, puisque l'hôpital et les autres structures publiques hospitalières sont au cœur du système de santé. Elle se base essentiellement sur six axes prioritaires:

#### **4. les axes et les objectifs majeurs de la réforme hospitalière en Algérie**

Les grands dysfonctionnements du système de santé algérien méritent une détermination préalable des axes de la réforme pour ne pas disperser les efforts et des ressources dans des réformes inutiles.

##### **4.1. Les axes de la réforme hospitalière**

La réforme du système de santé algérien se base sur un ensemble de points stratégiques et axes prioritaires

- **Les besoins de santé et demande de soins**

Cet axe est défini comme priorité pour affirmer l'objectif de créer une cohérence entre le système national de santé et son sous système hospitalier. Ce dernier doit répondre aux exigences de la population et accompagner les changements sociaux, épidémiologiques, financiers, etc. Dans cet axe aussi elles sont clairement déterminées les modalités de

coopération entre les structures de proximité et l'hôpital pour bien hiérarchiser l'accès aux soins.

- **Structures hospitalières**

Cet axe est basé sur le principe de confirmer la notion de l'autonomie des structures de soins en renforçant le contrôle de la tutelle, il vise donc à revoir le statut et l'organisation des établissements publics et privés de santé. Cet objectif consiste à introduire des instruments de planification et de régulation financière tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité à travers le renforcement du rôle de l'évaluation des activités médicales et des services hospitaliers ; il s'agit de d'améliorer l'accueil, l'information, l'hébergement, la restauration et la qualité sur tous des soins. Dans une seconde perspective, la promotion de la coopération et l'intégration de la complémentarité public-privé dans le cadre de la contractualisation.

- **Les ressources humaines**

Ce dossier prend en charge deux principales préoccupations ; la promotion et la valorisation des personnels à travers la révision de leur statuts, leurs conditions d'exercice, leurs rémunérations et la gestion de leurs carrières. La formation est aussi une véritable urgence. L'objectif visé est la qualification de l'ensemble des personnels par l'adaptation des formations aux référentiels des différents métiers et profession. La réalisation de ceci nécessite l'intervention d'autres acteurs tels que le Ministère de l'enseignement supérieur, le Ministère de la formation continue, etc.

- **Les ressources matérielles**

Il s'agit de mettre l'accent sur l'intégration des moyens matériels au fonctionnement de l'offre de soins dans le but d'équiper un réseau de soins d'un ensemble de moyens matériels nécessaires à son bon fonctionnement<sup>141</sup>. Il est suivi par la suite d'une politique de maintenance, le respect des normes techniques et de sécurité son obligatoires. Quant au vieillissement du parc matériel, une réhabilitation voir une remise à niveau ou carrément un renouvellement s'impose inévitablement. Cet axe prend en charge aussi la tâche de la

---

<sup>141</sup> Ahmed Zaid-Chertouk M, Ahmed Zaid S : « *La mise en œuvre des réseaux de santé en Algérie : un instrument d'aide à l'efficacité du système de santé et de réduction des dépenses publiques de santé* » communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé, Bejaïa, 2006.

réflexion sur les éléments qui pourraient participer à l'élaboration d'une politique nationale du médicament.

- **Le financement**

Les objectifs visés dans cet axe sont principalement, la recherche d'autres sources de financement et la réforme des modalités de financement des hôpitaux dont l'accent a été mis sur le financement contractualisé des activités et non des structures. La mission est donc de revoir les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier souci l'accès aux soins équitables pour tous les malades, ceci ne peut se réaliser qu'avec la révision des cahiers des charges définissant les objectifs des parties contractuelles (hôpitaux, bailleurs de fonds) et l'identification précise des besoins de santé, les supports d'information (carte CHIFFA) et la gestion avec l'introduction de la comptabilité analytique hospitalière, et l'instauration des activités d'évaluation des dans le but de rationaliser l'utilisation des ressources et finir avec les actes de gaspillage.

- **L'inter-sectorialité**

Avec la nouvelle logique de l'organisation du secteur de la santé<sup>142</sup> et l'intervention de plusieurs acteurs qui ne sont pas directement impliqués dans ce secteur comme le Ministère des Finances, Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, les collectivités locales...

En effet, la stratégie en matière de santé doit contribuer à l'intégration des initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles. Ils donc important de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques pour intégrer la dimension santé dans toutes les stratégies du développement.

#### **4.2. Les objectifs majeurs de la réforme hospitalière**

1. L'élargissement des sources de financement pour accorder aux structures publiques de santé les moyens financiers nécessaires pour leurs bons fonctionnements et établir une politique claire quant à leur utilisation.

---

<sup>142</sup> La logique de décentralisation et l'émergence de nouveaux acteurs qui s'intéressent au secteur de la santé

2. Renforcer l'autonomie des hôpitaux en fessant une rupture avec le statut actuel et leurs donner plus de responsabilité et de rigueur dans la gestion
3. Mettre en place un système d'information opérationnel et fiable qui va jouer un rôle important dans l'élaboration d'une politique efficace de santé.
4. Revaloriser les rémunérations des personnels en vue de réduire les écarts public-privé dans le but de réduire la fuite des compétences au secteur privé et exploiter le gisement des ressources humaines, jeunes et riche en compétences.
5. Revoir et actualiser les nomenclatures et la tarification des prestations ; passer du paiement par forfaits au paiement à l'acte. Cette mesure est devenue une nécessité vue l'inefficacité des techniques de paiement, jusqu'à présent, appliquées.
6. Adopter et mettre effectivement en place le concept « hôpital –plateau techniques » pour installer les réseaux de soins et rationaliser les moyens et les besoins.
7. Relancer le partenariat avec les autres acteurs du secteur de la santé notamment le secteur privé en l'incitant à participer à la mission public dans le cadre de la contractualisation.
8. Introduire la notion d'éthique dans la pratique professionnelle avec la création des organismes tel que l'ordre des médecins, le conseil d'éthique et société savante et mettre l'accent sur l'évaluation dans le but d'améliorer la qualité des soins.

A première vue, les réformes engagées suscitent beaucoup d'espoirs, mais en réalité tous ces projets manquent une condition hyper importante qui est la volonté politique et un engagement solide pour pouvoir les mettre correctement en œuvre et les achever dans des délais préalablement déterminés.

## **Conclusion**

Les systèmes de santé algériens et marocains sont toujours à la recherche d'une organisation permettant d'améliorer la qualité des services rendus à la population. Ces systèmes connaissent de très profonds problèmes au niveau de l'organisation, de financement, de la formation et de l'information. Ce contexte les a incité à engager des réformes.

L'Algérie a engagé un ensemble de réformes concentrées principalement sur les réformes hospitalières. Elles visent à améliorer la qualité du service public et rationaliser les dépenses de santé, et ce à travers la réforme du système de financement des structures publiques qui ne sont pas encore finalisées. Cette réforme se base sur le principe des arrangements contractuels.

Au Maroc, c'est beaucoup plus une réforme profonde qui touche le financement, la régionalisation et les réformes hospitalières. Il a mis le principe de la contractualisation au centre de ces réformes.

Dans ces deux pays, le contexte et les facteurs imposent l'application de la contractualisation comme option stratégique structurant les différentes réformes. Or, un problème qui se pose comment intégrer la contractualisation au cœur des réformes ?



CHAPITRE IV :

LA  
CONTRACTUALISATION  
EN ALGERIE ET AU  
MAROC

## CHAPITRE IV : LA CONTRACTUALISATION EN ALGERIE ET AU MAROC

### Introduction

Depuis le début des années 2000, l'OMS, motivée par l'espoir d'améliorer la performance des systèmes de santé et sous la contraintes de l'émergence de nouveaux acteurs dans le domaine de la santé, invite et insiste sur les pays membres à adopter les relations contractuelles sous ses différentes formes.

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.

Dans ce présent chapitre, nous allons essayer de monter les modalités d'application de la contractualisation. En premier lieu, nous commençons par le cas algérien où la contractualisation est appliquée dans un domaine spécifique du secteur de la santé : achat de service. Notre but est de diagnostiquer les difficultés qui peuvent empêcher le déroulement du processus de la mise en œuvre de la contractualisation. Dans une deuxième étape, nous essayons de monter la grande diversité des domaines d'application de la contractualisation à travers le cas marocain. Enfin, nous tenterons de faire deux analyses comparatives : la première est une comparaison des modalités d'application de la contractualisation en Algérie et au Maroc ; la seconde s'attache à comparer l'application effective de la contractualisation dans les deux pays en vigueur avec le cadre normatif recommandé par l'OMS.

## I. LA CONTRACTUALISATION EN ALGERIE

Depuis l'adoption de la loi de finance de 1992, les pouvoirs publics pensaient déjà à l'introduction de la contractualisation en Algérie, le but était de réorganiser les relations qui existent entre les bailleurs de fonds et les prestataires publics de soins. Le recours à ce nouveau dispositif a le but de remédier au problème du financement des structures de soins publics.

### 1. La problématique du financement de la santé en Algérie

L'évolution des dépenses de santé en Algérie connaît une tendance haussière d'une année à une autre. Ce phénomène pose un vrai problème de financement aux décideurs. Cette situation est aggravée par le fait que le rythme de l'augmentation de ces dépenses dépasse largement le rythme de l'évolution des richesses de la nation (le PIB)<sup>143</sup>. La logique de la rationalité et l'efficacité allocative des ressources s'impose alors comme solution face à la rareté des ressources.

Pour approfondir notre analyse, il est nécessaire de diagnostiquer le problème et chercher les facteurs de l'augmentation des dépenses de santé en Algérie. En effet, ces derniers sont dus principalement à plusieurs facteurs.

#### 1.1. Les facteurs de l'augmentation des dépenses de santé en Algérie

- Le premier facteur est d'ordre démographique : L'accroissement de la population et le changement progressif de sa structure, du fait qu'on assiste à un rétrécissement de la base de la pyramide des âges et une tendance à l'élargissement de son sommet<sup>144</sup>. Autrement dit, un ralentissement de l'évolution de la population jeune et l'augmentation progressive du pourcentage des personnes âgées (*réputées d'être les plus consommateurs des services de soins*), ils sont considérés aussi comme un fardeau sur la société puisqu'ils sont inactifs (improductifs). Ceci est le résultat de la baisse de la mortalité et l'augmentation de la longévité.

---

<sup>143</sup> RESSMA : « Monographie de l'assurance maladie en Algérie », RESSMA, Hammamet, novembre 2001.

<sup>144</sup> Ministère de la Santé : « Enquête nationale santé : Transition épidémiologique et système de santé », projet TAHINA de l'Institut Nationale de la Santé Publique, novembre 2007.p55

- L'augmentation de l'offre de soins : la démographie médicale en Algérie connaît une augmentation remarquable induite par l'augmentation de formation du personnel médical (Médecins, spécialistes, paramédicaux...). Ils sont considérés comme des premiers ordonnateurs de dépenses de santé.
- Le profil épidémiologique : l'augmentation de la prévalence des maladies lourdes<sup>145</sup> (les maladies de la modernité) comme les Cancers, les Maladies Cardiovasculaires, le diabète...etc. et la persistance des maladies transmissibles comme la tuberculose, la diphtérie, les maladies à transmission hydrique...etc. Cette double charge pèse lourdement sur les dépenses de santé.
- Le développement technologique : le développement technologique dans le domaine médical incite les prestataires de soins à engager plus d'investissement dans l'acquisition de nouveaux appareils et de nouvelles technologies utilisées dans le domaine de la chirurgie, les testes d'analyse médicale, les systèmes d'information et de télécommunication...
- Le niveau d'instruction : l'amélioration du niveau d'instruction des ménages algériens et la vulgarisation des notions de la médecine ont bouleversé le comportement des patients, ils sont devenus plus exigeants et plus attentionnés sur leur l'état de santé et celle de leurs proche (enfants, parents, voisins)
- Absence d'hierarchisation : l'absence de dispositifs ou de moyens de lutte contre le nomadisme médical (consultation de plusieurs médecins pour une seule maladie ou bien la consultation du médecin spécialiste sans passer par le généraliste).

Tous ces facteurs contribuent à l'augmentation des dépenses de santé. Face à la rareté des ressources, d'un côté, et d'un autre côté, la juxtaposition d'autres secteurs (éducation, défense nationale, sports et loisir, etc.). Qui constituent une concurrence avec celui de la santé et de s'imposer comme priorité à l'Etat. Entouré de toutes ces contraintes, le Ministère de la Santé

---

<sup>145</sup> Ministère de la Santé : « *Enquête nationale santé : Transition épidémiologique et système de santé* », op.cit, p88

est amené à chercher de nouvelles modalités de gestion afin de rationaliser les ressources qui lui sont alloués.

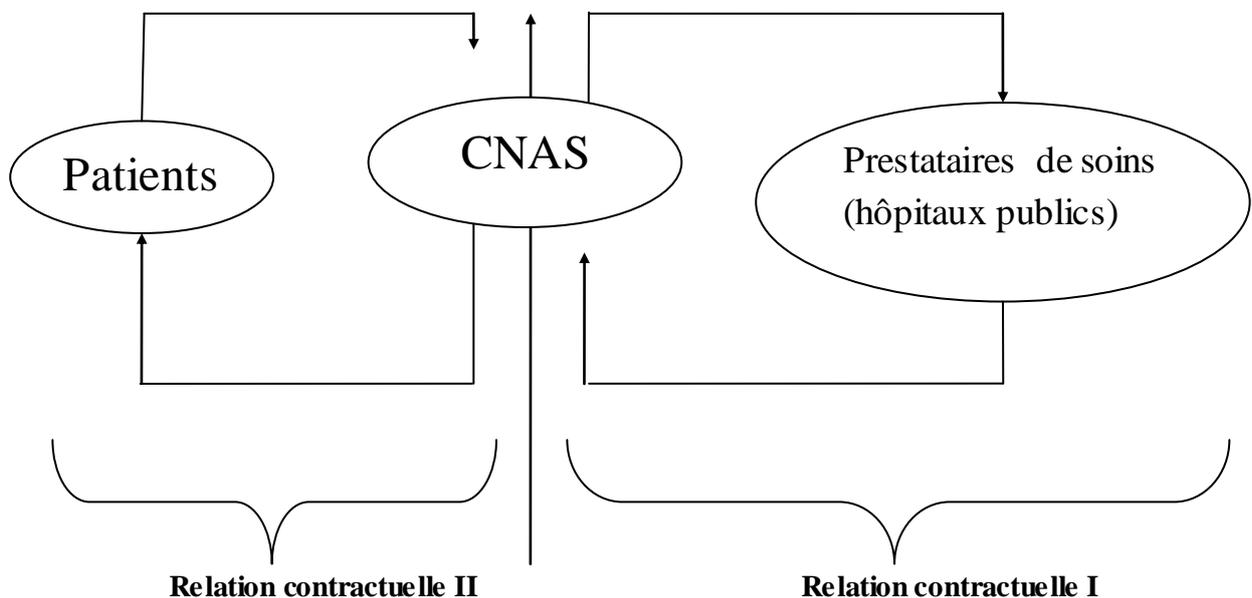
## 2. La logique de la contractualisation en Algérie

La contractualisation est un outil qui concerne toutes les missions du système de santé (financement, prestation, régulation ...) et qui peut faire impliquer tous les acteurs du système de santé, soit publics ou privés<sup>146</sup>.

La typologie de la contractualisation est largement diversifiée, comme nous l'avons vu au premier chapitre, cela constitue un vrai potentiel de la contractualisation.

L'Algérie, suite à un contexte, a opté pour l'achat de services comme choix d'application de la contractualisation, c'est-à-dire la contractualisation en Algérie a mis en relation uniquement deux acteurs du système de santé à savoir : les prestataires de santé chapeauté par le ministère de la santé et les bailleurs de fonds représentés par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNAS). L'objet de ces relations contractuelles concerne principalement les modalités de financement des prestations prodiguées aux assurés sociaux.

### Schéma 7 : La logique de la contractualisation en Algérie



*Source* : figure réalisée par nos soins

<sup>146</sup> 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.

D'après cette figure, on peut tirer deux situations de contractualisation ; la première met en relation le patient et l'organisme d'assurance (CNAS), elle peut porter sur les modalités de contribution, le versement des cotisations, les techniques de remboursement... etc.

La deuxième situation met en jeu la CNAS (bailleur de fonds) et les prestataires de soins publics (les hôpitaux publics). Elle porte principalement sur les modalités de financement.

Les caisses de sécurité sociale délèguent la mission de la prise en charge médicale de ses assurés et leur ayant droit aux hôpitaux publics au lieu d'assurer cette tâche eux même, la CNAS achète donc les prestations au près des hôpitaux au nom de ses adhérents, le paiement de cette prestation s'effectue avec un forfait hospitalier<sup>147</sup>. Le montant de ce forfait, qui ne cesse d'augmenter d'une année à une autre, est déterminé annuellement par la loi de finance.

## 2.1. Evolution du montant du forfait hôpitaux

**Tableau 14 : Evolution du forfait hôpitaux en millions DA**

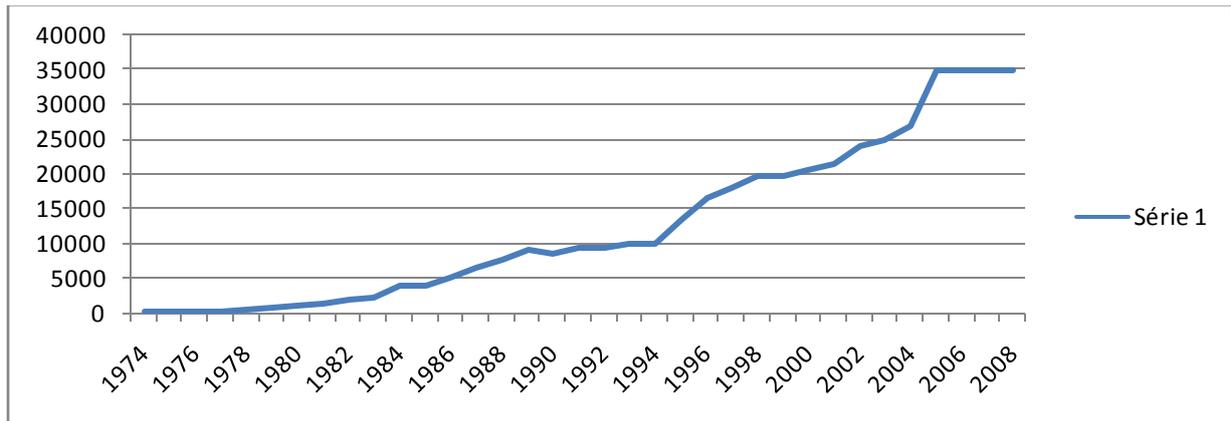
année	Montant	année	Montant	année	Montant
1974	199	1985	4000	1997	17972
1975	225	1986	5000	1998	19652
1976	245	1987	6500	1999	19872
1977	300	1988	7545	2000	20540
1978	475	1989	9200	2001	21500
1979	714	1990	8600	2002	24000
1980	1126	1991	9500	2003	25000
1981	1410	1992	9500	2004	27000
1982	1800	1993	9983	2005	35000
1983	2102	1994	10050	2006	35000
1983	2055	1995	13551	2007	35000
1984	4000	1996	16576	2008	35000

*Source* : CNAS : « présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et les perspectives de la contractualisation », séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, août 2008.

<sup>147</sup> Ministère de la Santé, de la population et de la réforme Hospitalières : « Mise en oeuvre de la contractualisation : des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas », Alger, 2003.p 11

Le tableau 14 nous montre clairement l'importance du rythme d'accroissement du montant du forfait hospitalier. En effet, ce dernier a connu une évolution progressive qui tend à la hausse d'une année à une autre.

**Figure 11 : Evolution du forfait hospitalier en Algérie**



*Source :* Graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 7

Le graphique montre clairement la vitesse soutenue de l'augmentation du forfaits hospitalier. Ce dernier a été multiplié par 20 en 1984, par 50 en 1994, par 135 en 2004 et enfin par 175 en 2008. Les quatre dernières années, nous constatons une stabilisation du montant du forfait à 35000 millions DA ce qui justifié la résistance de la CNAS à cette évolution et le début d'un sérieux débat au tour de la problématique du financement des structures de soins publiques.

### 2.1.1. Les forfaits hôpitaux de point de vue de la CNAS

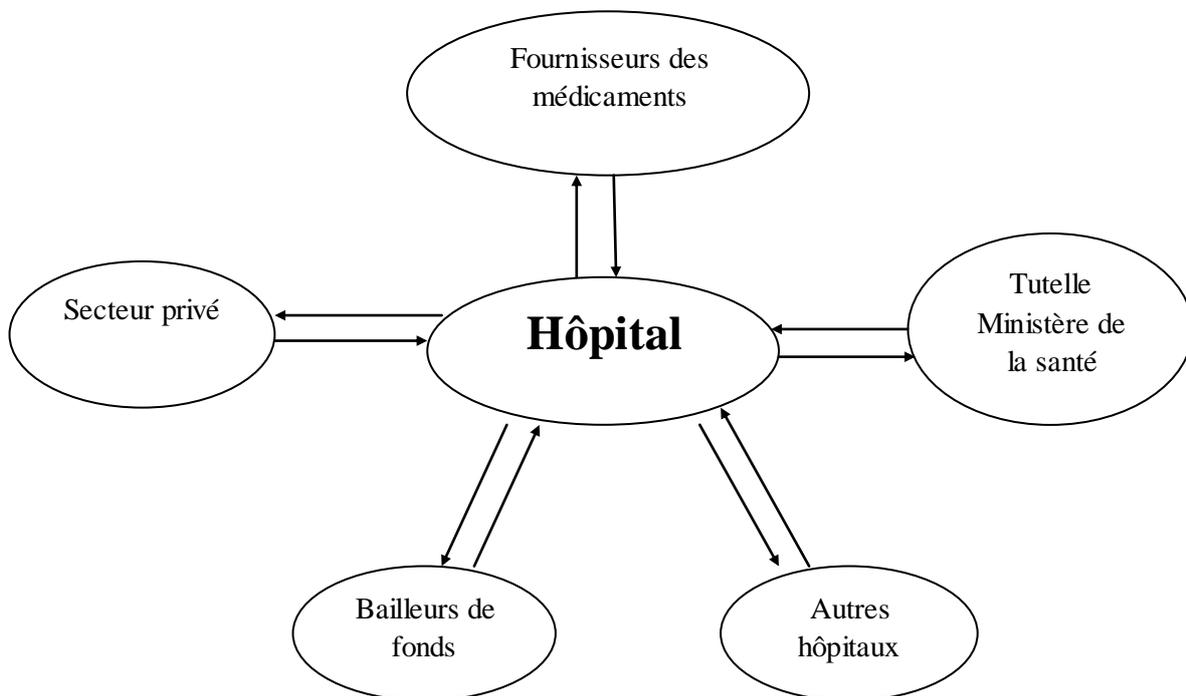
Ces forfaits constituent une charge qui pèse lourdement sur l'équilibre financier de la CNAS. Son évolution rapide d'un côté et l'absence d'autres sources de financement de la CNAS d'un autre côté peut provoquer une situation d'un déséquilibre financier. Cette préoccupation est accompagnée par la non-satisfaction des caisses d'assurance du niveau de la prestation fournie aux assurés<sup>148</sup>.

<sup>148</sup> Ahmed Zaid-Chertouk M, Amiri Dalila : « Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des hôpitaux : application au secteur sanitaire de LARBAA NAIT IRATHEN, communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010.

### 2.1.2. Les forfaits hôpitaux de point de vue des hôpitaux

L'hôpital est au cœur du système de santé<sup>149</sup>, il joue un rôle primordial dans l'offre de soins ambulatoires ou d'hospitalisation. Pour accomplir son rôle, il est appelé à entrer en relation avec les autres acteurs du système de santé : avec sa tutelle, les fournisseurs, les sous-traitants et avec les bailleurs de fonds...

**Schéma 6 : La place de l'hôpital dans le système de santé**



*Source : Figure réalisée par nos soins*

Dans ses relations avec la CNAS, l'hôpital reçoit annuellement un forfait en contre partie des ses prestations. Le montant de ces forfaits sont souvent considérés insuffisants, vu le nombre important des patients assurés qui sont pris en charge. Ce problème découle principalement de la non identification de la catégorie des patients<sup>150</sup> (assurés social, démunis, autres). Actuellement, tous les patients sont considérés comme « assuré social », par conséquent,

<sup>149</sup> Perrot J : « La contractualisation en milieu hospitalier », communication présentée lors de la X<sup>imes</sup> journées de la gestion hospitalière, Sfax, 2007.p22

<sup>150</sup> Ministère de la Santé, de la population et de la réforme Hospitalières : « Santé et sécurité sociale : organisation du système de santé et de sécurité sociale », septembre 1998.p18

l'augmentation soutenue des dépenses des hôpitaux devient une charge à supporter par les hôpitaux.

C'est au tour de cette problématique, qui se base principalement sur les modalités de financement des hôpitaux par la CNAS, que la contractualisation commence à s'imposer comme solution pour remédier à ce conflit.

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

Pour concrétiser l'idée de la contractualisation en Algérie, ce processus doit passer par plusieurs étapes :

#### 3.1. Rappel historique

Depuis 1992, les lois de finance commencent progressivement à mettre les premiers jalons de la contractualisation dans les systèmes de santé. Cette prise de conscience de l'importance de la contractualisation était traduite par la volonté de réformer des modalités de financement des prestataires de soins (hôpitaux) par les bailleurs de fonds (CNAS)<sup>151</sup>.

La loi de finance de 1992 dispose que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels »

Elle précise aussi que « les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicales et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat »<sup>152</sup>.

Nous déduisons par là que les caisses de sécurité sociale ne payeront que la contre partie des services fournis aux assurés sociaux.

Cette dernière n'a pas été concrétisée qu'en 1995, suite aux conclusions du conseil interministériel du 21 mars 1995 un comité interministériel chargé de la contractualisation a été installé le 10 Avril 1995.

Ce comité était composé de représentants qui constituent les acteurs de cette relation contractuelle à savoir :

---

<sup>151</sup> Lamri L. : « La contractualisation en Algérie : état des lieux », cours présenté à l'université de Béjaïa. En faveur des étudiants en première année PGen économie de la santé, 2008.

<sup>152</sup> Article 114 de la loi de finance de 1992. Algérie.

- ✓ Le ministère de la santé et de la population;
- ✓ Le ministère du travail et de la protection sociale;
- ✓ Le ministère des finances;
- ✓ La caisse nationale de la sécurité sociale;
- ✓ Les gestionnaires d'établissements publics de santé;

### 3.2. Les travaux du comité interministériel

Les travaux de comité interministériel étaient basés essentiellement sur l'introduction des moyens et supports d'information d'évaluation et de la réhabilitation des « bureaux des entrées » qui devraient être opérationnels au niveau des établissements publics de santé<sup>153</sup>. Le deuxième point est la détermination des procédures et les conditions de la prise en charge des patients.

Pour la concrétisation de cette volonté, des actions de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé ont été organisées en direction de six (06) établissements « pilotes » pour une phase de teste.

Cependant, ce processus a été freiné par quatre difficultés majeures :

- La non application ou même l'abandon des fonctions essentielles des bureaux des entrées accompagné par l'absence des supports de gestion au niveau des établissements de santé et des organismes de la sécurité sociales. Ce comportement est justifié du fait de l'application du principe de la médecine gratuite.
- Un manque flagrant de volonté de coopération et de motivation des personnes chargés de renseigner les supports d'information.
- La non-actualisation de la nomenclature générale des actes professionnels de tarification qui n'a pas été révisée depuis 1987, surtout que les écarts entre les prix actuels et les prix de référence se creusent d'une année à une autre.
- Le problème de l'identification des démunis non assurés sociaux.

Toutefois, ces difficultés n'ont pas bloqué totalement l'avancement de ce processus, il a connu, malgré cela, quelques notables avancées :

---

<sup>153</sup> 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, p 12

- Réhabilitation et généralisation du bureau des entrées au niveau de l'ensemble des établissements publics de santé ;
- La généralisation de la mise en place des supports d'information standardisés (demande d'hospitalisation, bulletins d'admission, fiche navette, etc.)
- L'informatisation progressive des fonctions et procédures des bureaux des entrées.

En 1999, une étude sur la contractualisation est confiée au (CENEAP) et financée par le budget de l'Etat. Les conclusions de cette étude ont principalement confirmé les décisions et appuis les recommandations du comité interministériel.

En 2000 une étude réalisée par le bureau d'étude SOFNAL. Au terme de cette étude, ce bureau a proposé le maintien du « forfait hôpitaux » comme mode de financement des établissements publics de santé, mais il a insisté sur l'introduction de paramètre plus précis quant à l'allocation des ressources.

Cette allocation des ressources sera traduite par la répartition de l'enveloppe financière arrêtée par région et par wilaya. Le mode de financement une répartition équitable des moyens financiers et de l'offre de soins, mais cette étude ne précise pas les procédures de la mise en œuvre pour concrétiser effectivement l'idée.

Le 15 Mai 2002, en se référant aux deux études précédemment citées et en consultant d'autres expériences étrangères ponctuée par l'exploitation du fond documentaire disponible, le groupe du travail a essayé de développer de nouvelles modalités de financement comme mesure de mise en place progressif de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale.

Ce nouveau mode de financement vise prioritairement à ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et du fonctionnement normal des établissements publics de santé dans le but de préserver l'équité et l'accès aux soins pour toute la population.

Les membres de ce groupe ont opté principalement pour deux modes de paiement à savoir :

- ✓ Le prix moyens de la journée d'hospitalisation par groupe homogène de spécialité.
- ✓ Le forfait par pathologie.

### 1. Le prix moyen de la journée d'hospitalisation (PMJH)

Le prix moyen de la journée d'hospitalisation est une modalité de facturation du service médical fournis aux assurés sociaux, elle se base sur deux critères :

- Le type d'établissement de soins (Centre de Santé de Base, Hôpital Régional, CHU...) : sachant très bien qu'à chaque fois on passe d'un niveau inférieur à un niveau plus élevé, le prix de la même prestation augmente. Ce critère est proposé comme solution aux problèmes de la saturation des hôpitaux des chefs lieux des villes, des CHU, etc. et pour inciter les patients à respecter l'hierarchisation des niveaux des structures de soins.

Toute fois, la continuelle évaluation cyclique de cette nouvelle technique de paiement permettra de :

- Déterminer la durée moyenne de séjour selon les spécialités citées précédemment et la généraliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé
- L'application de l'évaluation de type d'analyse coûts-efficacité peut permettre de faire une comparaison entre les différents établissements de santé en vue de les motiver et à atteindre le maximum d'efficacité et d'efficience.

Les prix sont déterminés comme suit :

**Tableau 15 : les prix moyens de la journée d'hospitalisation (PMJH) en (DA).**

G.S.H	CHU	EHS	Secteur Sanitaire
Médicale	6000	5000	4000
Chirurgicale	8000	7000	6000
Maternité	7000	7000	7000
Psychiatrique	2000	2500	2000
Coûteuses	15000	15000	11000

Source : Ministère de la Santé ; « mise en œuvre de la contractualisation », 2003.

- Le groupe de spécialité homogène de spécialité ou de maladies : les principales pathologies traitées à l'hôpital sont classées en cinq groupes selon le traitement commun qui leur sera servis, elles sont réparties comme suit :

**Tableau 16 : Les cinq groupes de spécialités homogènes.**

Médicale	Chirurgicale	Maternité	Couteuses	Psychiatrique
Cardiologie	Anesthésie réanimation	Maternité	Oncologie chirurgicale	Psychiatrie
Dermatologie	Chirurgie générale		Néonatalogie	Pédopsychiatrie
Endocrinologie	Chirurgie infantile		Oncologie médicale	
Gastro-entérologie	Chirurgie maxillo-faciale		Réanimation médicale	
Hématologie	Chirurgie thoracique		Radiothérapie	
Infectiologie	Chirurgie vasculaire		Chirurgie cardiaque	
Médecine interne	Ophthalmologie		Greffe	
Néphrologie	ORL			
Pneumo-phtisiologie	Orthopédie traumatologie			
Allergologie	Neurochirurgie			
Médecine nucléaire	Gynécologie obstétrique			
Neurologie	Urologie			
Rééducation fonctionnelle				
Pédiatrie				
Diabétologie				

*Source : ministère de la santé ; mise en œuvre de la contractualisation, 2003.*

## 2. Le forfait par pathologie (FPP)

Le forfait par pathologie est une démarche un peu plus compliquée comparativement à la première, pour deux raisons essentielles :

Elle nécessite le recours à l'intervention de spécialistes en médecine pour aboutir à un consensus thérapeutique typique pour chaque pathologie, en lui ajoutant les frais d'hôtellerie et de restauration pour déterminer à la fin un prix par pathologie<sup>154</sup>.

Cette tâche nécessite aussi la mobilisation préalable des sources pour couvrir les charges de rémunération des experts à engager.

<sup>154</sup> Pour cette tâche, il faut faire appel aux principes de la comptabilité analytique hospitalière

#### **4. Le déroulement de l'opération**

Sous contrainte de l'absence ou l'insuffisance des données relatives à la connaissance des activités et les coûts par pathologie qui caractérise la situation actuelle des modalités de financement des systèmes de santé et de la sécurité sociale. Toute fois, avec le contexte actuel, le prix moyen de la journée d'hospitalisation peut être mis en œuvre. Parallèlement, on cherche les éléments nécessaires pour la possibilité de l'application du forfait par pathologie. A travers l'évaluation continue, et selon les résultats on opte pour le mode de paiement le plus approprié.

##### **4.1. Les étapes de la mise en œuvre**

Avant de s'engager pleinement dans l'application du dispositif de la contractualisation, un certain nombre de points doivent être résolus à savoir :

- Mettre en place un système d'identification des assurés sociaux et des ayants droit au niveau des établissements publics de santé.
- Faire un éclairage sur les conditions et les procédures de la prise en charge par les caisses de sécurité sociale.
- Elaboration et détermination de la méthode de calcul des prix moyens de la journée d'hospitalisation par GHS et par type d'établissements.
- Déterminer la durée moyenne de séjour pour les cinq groupes de spécialité.

Parallèlement à cette première démarche d'autres actions étaient envisagées telles que :

- La mise en place d'un groupe d'experts qui ont comme mission le calcul du prix moyen de la journée d'hospitalisation.
- La fixation d'un calendrier des travaux en fixant des objectifs intermédiaires.

##### **4.1.1. L'étape de simulation**

Cette étape fera l'objet d'une phase de mise en application sans incidence financières réelles pour les deux parties concernées. C'est-à-dire, une simulation proche de la réalité. En effet, cette étape constitue une période d'application à blanc dans le but de dégager les déterminants sur lesquels il faudrait se baser pour le choix du mode de paiement le plus adapté.

Le groupe de travail considère que la contractualisation constitue un élément d'accès aux soins pour tous les citoyens<sup>155</sup>, il recommande donc la prise en charge rapide des dossiers suivants :

- L'identification des démunis non assurés sociaux : une opération qui n'est pas encore réalisée malgré la publication du décret N° 01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins de cette partie de la population.
- L'actualisation de la nomenclature générale des actes professionnels et de sa tarification.

Le premier rapport d'étape nous a permis de déterminer les principales étapes à suivre pour la mise en œuvre du processus de la contractualisation. Il a insisté aussi sur la condition de maintenir l'équilibre financier du système de sécurité sociale d'un côté, d'un autre côté le bon fonctionnement des établissements publics de santé. Cette préoccupation reste toujours un souci majeur.

Pour cette étape, les deux modes de paiement attirent toujours l'attention du groupe vu les avantages qu'ils présentent :

- ✓ Le PMJH (prix moyen de la journée d'hospitalisation) nous permet de mieux connaître la répartition des dépenses opérées dans chaque groupe de spatialité. Ce qui nous aide à analyser les détails des dépenses de santé et déterminer la spécialité qui consomme plus de ressources.
- ✓ Quant aux travaux sur le FPP (forfait par pathologie), ils seront abordés au cours du premier trimestre 2003. En désignant les experts qui s'en chargeront du consensus thérapeutique.

Le problème de l'identification des démunis non assurés sociaux, le groupe de travail a exigé de faire appel aux représentants du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale.

---

<sup>155</sup>Ministère de la Santé, de la population et de la réforme Hospitalières : « Mise en œuvre de la contractualisation : des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas », Alger, 2003.

A la fin de cette période (décembre 2002) le groupe de travail a engagé une première phase de mise en œuvre à titre expérimentale (une opération de simulation) de la facturation basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation dans dix établissements publics de santé.

1. Les centres hospitalo-universitaires de :

- ✓ Alger (Mustapha Pacha)
- ✓ Constantine
- ✓ Blida

2. Les établissements hospitaliers spécialisés de :

- ✓ Centre Pierre et Marie Curie (Alger).
- ✓ El-Bouni (Annaba) ;
- ✓ El-Riad (Constantine)

3. Les secteurs sanitaires suivants :

- ✓ Média, Wargla, Arzew et Ain Turk (Oran)

Pour bien tester le fonctionnement de ce nouveau mode de financement, ce groupe de travail a choisi trois à quatre structures de chaque niveau de l'offre de soins dans le but d'identifier les problèmes spécifiques à chaque niveau qui peuvent bloquer le bon fonctionnement de ce dispositif.

Cette démarche a été dictée par les décisions suivantes :

- Par une instruction ministérielle du 14 janvier 2003. Relative à la mise en œuvre de la relation contractuelle entre les hôpitaux, les directions de la CNAS et les directions de l'action sociale au niveau des wilayas.
- Une décision interministérielle relative à la mise en œuvre, création et attribution du comité interministérielle chargé du suivi et de l'évaluation des résultats et les états d'avancement de la relation contractuelle.

Pour remédier au problème de manque de formation et d'expérience du personnel des établissements concernés, un guide des procédures pour la mise en œuvre de la relation contractuelle a été élaboré et mis à la disposition de ces derniers.

Dans le but de mener correctement ce projet, le groupe a insisté sur les recommandations suivantes :

- ✓ L'implication d'autres départements ministériels qui sont concernés aussi par ce dispositif notamment le Ministère des Finances, le Ministère de l'Intérieur et les Collectivités Locales<sup>156</sup>.

Cette volonté d'impliquer d'autres Ministères traduit l'idée de chercher d'autres sources de financement<sup>157</sup> étant donné que certaines actions prévues nécessitent la mobilisation de moyens financiers à savoir :

- ✓ La rémunération des experts ;
- ✓ Logistique ;
- ✓ Les frais de prise en charge des actions de formation et la tenue des séminaires qui sont nécessaires pour bien expliquer la démarche suivie et les objectifs à atteindre<sup>158</sup>.

#### 4.1.2. Implication du niveau inférieur dans la contractualisation

Avec le deuxième rapport d'état du 31 Décembre 2002 (élaboré par le groupe interministériel), il a mis l'accent sur l'implication du niveau inférieur (wilaya) dans le processus de la contractualisation. Mais une action qui se limite uniquement à l'information et la formation. La mise en œuvre effective de ce dispositif reste encore envisageable pour la prochaine étape.

#### 4.1.3. Etape de la démarche globale

Cette étape commence avec l'instruction interministérielle du 14 janvier 2003 relative à la contractualisation entre les acteurs concernés et les directions de wilaya. Elle consiste à concrétiser une démarche globale qui vise un certain nombre d'objectif à savoir :

- L'amélioration effective de la qualité des prestations des soins fournis aux assurés sociaux dans l'ensemble des établissements publics de santé.
- Déterminer avec rigueur et précision la partie des patients démunis pour qu'ils puissent bénéficier des subventions et l'aide de l'Etat, et écarter de cette partie ceux

---

<sup>156</sup> Cette volonté d'impliquer d'autres Ministères traduit l'idée de chercher d'autres sources de financement étant donné que certaines actions prévues nécessitent la mobilisation de moyens financiers

<sup>157</sup> CNAS : « *Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et les perspectives de la contractualisation* », séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, août 2008.

<sup>158</sup> Dans ce sens, un programme prévisionnel a été déterminé pour l'organisation des journées de travail et d'information animées par les membres du comité interministérielle au profit des chefs de services des DSP, DAS, CNAS de wilaya et les directeurs des établissements de santé.

qui ne sont ni assurés ni démunis à travers l'application rigoureuse de l'identification du statut du patient<sup>159</sup>.

- Evaluation précise des coûts hospitaliers et le volume des activités de chaque groupe de spécialité homogène, cette évaluation va permettre d'avoir une idée sur le niveau de la consommation des soins par GHS.

#### **4.1.4. Les instructions dressées à chaque intervenant**

Un ensemble d'instruction ont été dressées à un certain nombre d'acteur impliqués à tous les niveaux :

##### **4.1.4.1. Aux gestionnaires des établissements publiques de santé**

Les gestionnaires des établissements de santé sont amenés à faire une large explication de son contenu et ses objectifs en faveur de l'ensemble des parties concernées en particulier :

- ✓ Les organes consultatifs :
- ✓ Les chefs de services médicaux et les praticiens
- ✓ Les surveillants médicaux

Ce qu'il faut faire au niveau des :

- **Bureaux des entrées**

Les bureaux des entrées sont chargés de la gestion des dossiers médico-administratifs des patients, leur fonctionnement est régi par l'instruction N° 03 MSP/MIN du 07.12.2000 du ministre de la santé qui a ordonné l'implication des représentants des agences de la sécurité sociale et des directions de l'action sociale de wilaya dans le fonctionnement des bureaux des entrées.

- **Au niveau des systèmes d'information**

Il est important de souligner qu'un certain nombre de documents élaborés et adoptés sont utilisés comme source de données qui serviront par la suite à l'évaluation. Ces documents doivent être disponibles au niveau de toutes les structures concernées, ils devraient être

---

<sup>159</sup> 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.

renseignés soigneusement pour faciliter le déroulement des étapes qui suivent. Il s'agit principalement des documents suivants :

- ✓ Demande d'hospitalisation ;
- ✓ Bulletin d'admission ;
- ✓ Fiche navette ;
- ✓ Demande de prise en charge ;
- ✓ Relevé des prestations ;
- ✓ Facture des frais d'hospitalisation.

#### **4.1.4.2. Au niveau des antennes de sécurité sociale**

Pour impliquer les bailleurs de fonds dans ce processus, des antennes de sécurité sociales se sont installées au niveau de chaque établissement de santé. Elles jouent le rôle de contrôle et du suivi de la qualité des prestations fournies aux assurés.

#### **4.1.4.3. Le rôle des directeurs d'agence des organismes de la sécurité sociale**

Les directeurs d'agence des organismes de sécurité sociale prennent en charge le bon fonctionnement des services « Hôpitaux cliniques ». Ce service est considéré comme le principal interlocuteur des établissements de santé dans l'accomplissement de délivrance des soins aux assurés. Ils doivent aussi :

- ✓ Affecter le personnel médical et administratif nécessaire au niveau des établissements publics de santé ;
- ✓ Fournir tous les supports et documents assurant nécessaire au bon fonctionnement de ce dispositif ;
- ✓ Organiser les séminaires et les journées d'étude pour expliquer le principe de fonctionnement et les objectifs de cette réforme.

#### **4.1.4.4. Les directeurs de l'action sociale de wilaya (DAS)**

Leur rôle est crucial, il consiste à identifier les démunis selon des critères arrêté par le Ministère de la solidarité nationale. Les bénéficiaires seront dotés des cartes des démunis qui leur facilite l'accès aux soins.

#### **4.2. L'information et la communication**

Pour assurer le succès de la réforme, tous les acteurs impliqués doivent participer à la diffusion de l'information et communiquer les principes et les objectifs de la contractualisation. Pour cela, il est recommandé d'utiliser les moyens des médias ; télévision, radio, presse écrite, pour toucher une grande part de la société. En outre, il est intéressant de faire des campagnes de sensibilisation et d'information au près des partenaires sociaux et du mouvement associatif. La finalité de tous ces efforts est de bien expliquer l'intérêt de la contractualisation et de corriger les idées reçues qui stipulent que la contractualisation n'est autre que la fin de la gratuité des soins.

#### **4.3. 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 exploit est la création des comités de suivi et d'évaluation au niveau national et local.

#### **Le compte rendu des réunions du comité interministériel de 17.09.2003 et 28.10.2003**

S'agissant du ministère de la santé, il était satisfait de l'état d'avancement. Néanmoins, des contraintes sont notables et qui sont incombées soit à la DAS du retard cumulé lors de la délivrance des cartes des démunis. Soit à la CNAS qui est très en retard dans la mise en place des services « hôpitaux cliniques », ce projet connaît des difficultés pour sa mise en application effective par manque de synergie entre les différents acteurs impliqués du manière

que chaque partie accuse l'autre d'être l'origine du blocage alors que la logique de la contractualisation est fondée sur le plein engagement des acteurs pour réussir la réforme.

Même la réunion de 28.10.2003 n'a pas apporté du concret, c'est pratiquement les mêmes conclusions et recommandations qui se répètent à chaque fois sans pouvoir proposer des solutions pertinentes applicables sur le terrain dans l'espoir d'accélérer la cadence de l'avancement des travaux.

D'autres lois ont été promulguées à partir de 2003 dans le but de donner un nouveau rythme pour l'avancement des travaux, la mise en place et la généralisation de la contractualisation à savoir :

- La loi N° 04.17 du 10 novembre 2004 modifiant et complétant la loi N° 83.14 du 02 juillet 1983 relative aux obligations des assujettis en nature de la sécurité sociale ;
- Le décret exécutif N° 05-257 du 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des auxiliaires dentistes.
- La décision interministérielle du 18 octobre 2005 portant composition et attribution des comités intersectorielles de wilaya chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation.

Tous ce dispositif juridique, lui seul, n'a pas permet de faire avancer le projet de la mise en place de la contractualisation.

La contractualisation des rapports entre régulateur, payeurs, et prestataires est à l'ordre du jour dans de nombreux pays engagés dans la réforme de leurs systèmes de santé.

L'Algérie, comme tous les pays en voie de développement, a opté pour que la contractualisation soit au cœur des réformes de son système de santé. La contractualisation était plutôt une solution qui s'impose d'elle-même qu'un choix stratégique face à la problématique de l'augmentation des dépenses de santé, l'objectif était donc de rationaliser les dépenses de la CNAS et chercher l'efficacité allocative des ressources.

Pour la traduction de l'idée sur le terrain, les modalités de financement des établissements de soins passent du forfait hôpitaux à la tarification à l'acte.

Pour mettre les premiers jalons de cette réforme, un arsenal législatif (lois, décrets, décision...) a été promulgué, et une application progressive selon plusieurs étapes étaient au programme, mais sur le terrain un manque flagrant de sérieux, l'absence d'une volonté politique et la démotivation du personnels d'un côté et la mésentente des acteurs impliqués d'un autre côté constituent un nombre important de facteurs qui bloquent le processus.

La contractualisation en Algérie reste une prescription sur ordonnance mais en réalité ce dispositif reste jusqu'à présent inopérant.

## II. LA CONTRACTUALISATION AU MAROC

Le Maroc s'est engagé dans un grand chantier de réformes de son système de santé, cette dynamique de réforme touche principalement trois volets : la réforme de financement, la réforme hospitalière et la contractualisation

La contractualisation constitue l'un des principaux axes de la réforme<sup>160</sup> et aussi l'un des outils de la mise en place de ces réformes. Par conséquent, elle est, avec ses différentes formes, au centre des préoccupations du Ministère de la Santé.

Au Maroc, les domaines de l'application de la contractualisation sont divers<sup>161</sup>. L'objectif de la contractualisation au Maroc traduit la nouvelle vision de la gestion publique qui vise la recherche de la performance et l'efficacité des dépenses publiques dans le domaine de la santé.

Dans cette présente section, nous essayons de présenter les modalités d'application de la contractualisation au Maroc selon ses trois types, en l'occurrence : relations contractuelles

---

<sup>160</sup> Belghiti A. : « *La réforme de la santé au Maroc : pertinences et opportunité* » Ministère de la Santé du Maroc, présenté au XXX<sup>e</sup>me Congrès Médical Maghrébin, Casablanca, 7-9 juin 2001.

<sup>161</sup> 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.

basées sur *l'achat de services*, relations contractuelles basées sur la *délégation de responsabilité* et celles qui sont basées sur la *coopération*.

### **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, elles

##### **1.1.1. Relation contractuelle avec les acteurs non médicaux**

Ce genre de relation met en relation le Ministère de la Santé et les acteurs extra-secteur médical, elles concernent principalement des tâches non médicales, appartenant aux domaines suivants :

- Les travaux publics : construction, aménagement et extension des établissements de santé.
- Fournitures et approvisionnement : assurer un approvisionnement des hôpitaux et des différentes structures de santé en matériel, médicament, consommable médical...etc.

Ce type de contrat appelé aussi « contrat du marché public » sont les plus fréquentes dans le domaine de la santé publique.

Le développement de ce type de contrat est justifié par le caractère obligatoire du recours à cette technique pour la réalisation de ce genre de projet. Toute fois, toute relation de transaction avec les acteurs privés doit être régie par le code des marchés publics.

Pour cela, plusieurs textes de loi, des décrets et circulaire ont été promulgués. Néanmoins, les principaux textes qui servent de base pour la passation et l'exécution de ces contrats se résument comme suit :

1. Le décret N° 2.98.482 du 30 décembre 1998 fixant les conditions et les formes de passation des marchés de l'Etat.
2. Le décret royal N° 330.66 du 24 avril 1967 portant règlement général de la comptabilité publique.

3. Le décret N° 2.75.839 du 30 décembre 1975 relatif au contrôle des engagements des dépenses de l'Etat tel qu'il a été modifié et complété par le décret de 2.98.482 du 30 décembre 1998.

Ces décrets confirment le principe de la concurrence dans les procédures de passation des marchés par les appels d'offre. Par contre le recours à la technique des marchés négociés (gré à gré) n'est pas autorisé sauf dans certaines conditions exceptionnelles.

### **1.1.2. Relation contractuelle basée sur la délégation des grands ouvrages**

Ce type de technique on le constate fréquemment dans de domaine de Génie Civil. En effet, le Ministère de la Santé s'engage dans des conventions soit avec un acteur public spécialiste comme le Ministère des Travaux Publics, soit avec un acteur privé comme la Compagnie Générale Immobilière.

1. le conventionnement avec les **acteurs publics** : les premières expériences dans ce domaine remontent aux années 80 avec la réalisation des deux projets dans le domaine de Génie Civil, il s'agit de la construction des établissements de soins de santé de base dans le cadre de projet de développement des soins de santé de base. le second concerne la rénovation des bâtiments des centres hospitaliers universitaires dans le cadre du programme de modernisation des CHU.

En 2000, d'autres conventions ont été signées pour la construction des deux CHU (MARAKACH, et FES).

2. Les conventions avec les **acteurs privés** : 2005, était l'année de l'ouverture de ce marché aux acteurs privés pour la réalisation des grands ouvrages du Ministère de la Santé, l'exemple de cette expérience est la construction d'un CHU à OUJDA par une entreprise privée.

### **1.1.3. Relations contractuelles basées sur l'assistance technique**

Le ministère de la santé procède à l'achat de l'appui technique des architectes des bureaux d'étude, des géotechniciens... Tous ces acteurs ont la mission d'accompagner la réalisation des projets du Ministère 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 complexité de la tâche des structures de soins qui nécessitent la concentration sur un ensemble de d'activités médicales et non médicales.
- La faible performance constatée dans le fonctionnement des établissements de soins notamment pour les activités dites accessoires ce qui porte préjudice à la réputation de l'établissement de ces dernières.
- L'insuffisance de moyens matériels et humains nécessaire au bon fonctionnement de ces activités.
- La volonté de se désengager des activités accessoires pour centrer tous les efforts sur l'activité principale à savoir l'activité médicale et déléguer les autres activités pour les partenaires qui se spécialisent d'avantage dans des missions spécifiques.
- La volonté de réduire les dépenses de santé par la mise en place d'un environnement concurrentiel entre les acteurs intéressés puisqu'on opte pour le moins disant.
- L'amélioration de la qualité des prestations par les systèmes de contrôle et du suivi.

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.

Pour faciliter et encourager cette pratique, le Ministère de la Santé a établi la circulaire N° 49 DHS/20/21 du 06 août 2002 avec laquelle les documents nécessaires et les procédures à suivre ont été unifiées.

Nous ne pouvons pas citer toutes les expériences mais deux d'entre elles méritent d'être mises sous lumière. Il s'agit de traitement des déchets hospitaliers et le service de la comptabilité (paie des personnels).

### 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>162</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>163</sup>, le Ministère de la Santé a fait recours aux relations contractuelles pour l'acquisition des

---

<sup>162</sup> 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. Maroc.

<sup>163</sup> Le PFGSS est un programme d'appui à la réforme Hospitalière au Maroc

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.

Ce contrat donc est passé entre le ministère de la santé et les prestataires privés spécialisés dans le domaine des équipements médico-technique et de consommable d'hémodialyse qui se sont engagés à équiper 32 centres au niveau national par 240 générateurs d'hémodialyse, 34 unité de traitement d'eau et 225 kits d'hémodialyse par an.

## **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 déférent 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>164</sup>, ceci a permis aux acteurs privés de créer des établissements de formation privés<sup>165</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.

Le ministère de la santé s'engage à fournir une formation pratique aux élèves stagiaires au sein des ses établissements. En contre partis, les établissements de formation privés lui versent des contributions financières forfaitaires, par élève stagiaire et par année scolaires.

Ces relations sont encadrées, sur le plan réglementaire, par la décision du ministère de la santé N° 020713 /DRC/10/13/AF du 1.08.2005. On peut citer comme exemple la convention entre le CHU IBN SINA de RABAT et ESPA (Ecole des sciences paramédicales appliquées).

---

<sup>164</sup> Boulamizat 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.p56.

<sup>165</sup> 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

### **1.7. Expériences spécifiques dans le domaine de la maintenance**

Vu l'état de dégradation préoccupante du matériel médical au sein des structures publiques de santé, qui est due principalement à l'absence d'une politique de maintenance du matériel vétusté d'une part, et d'autre part, au manque de ressources destinés précisément à la fonction maintenance. Le ministère de la santé, pour remédier à ce problème, a fait recours aux relations contractuelles ponctuelles avec les représentants des fabricants pour assurer la maintenance et la réparation des pannes. Mais en 2004, une expérience initiée dans la région sanitaire ELGHARB CHRARDA, BENI HSSSEN qui porte sur un projet de gestion de maintenance immobilière<sup>166</sup> qui met en relation le ministère de la santé et la région sanitaire précitée.

En 2005, cette expérience a été généralisée sur trois autres régions sanitaires en l'occurrence DOUKALA ABDA, TABLA BENI MELLAL et EL HOCEIMATAZA TAOUNAT dans le cadre du projet REDRESS<sup>167</sup> financé par l'agence française de développement en santé.

Après les résultats encourageants, cette expérience à été appliquée à les régions de l'oriental et de FES.

### **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

---

<sup>166</sup> Le contrat précise, mise à part les clauses du contrat classique, un plan d'action pour la mise en œuvre du système de gestion immobilière à travers la détermination des objectifs, un planning des actions à réaliser sur 3 ans.

<sup>167</sup> Renforcement et développement du réseau de soins de santé de base

## 2.1. Expérience de contrat plan avec les CHU

Les CHU au Maroc sont dotés d'une personnalité morale et une autonomie financière<sup>168</sup>, ce qui leur permet de passer des contrats avec les acteurs publics ou privés<sup>169</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 a 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>170</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.

A mi-chemin de cette démarche, un exercice d'évaluation de l'Etat d'avancement des travaux a révélé que le contrat n'a pas été soigneusement préparé. Par conséquent, il leur a fallu une réorientation du processus et être plus précis dans la détermination des programmes d'action et leur évaluation financière. Toutefois, cette expérience est une grande opportunité pour les CHU de renforcer leur relation avec la tutelle malgré les difficultés rencontrées qui sont dues à la non maîtrise du processus contractuel.

## 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.

---

<sup>168</sup> Abderahmane A. : « *L'expérience de la contractualisation au Ministère de la Santé- Maroc* », Tanger, 21,23 Avril 2009.

<sup>169</sup> Le CHU IBN SINA a conclu une convention avec une école de formation paramédicale privée (école des sciences paramédicales appliquées)

<sup>170</sup> Des activités de sous-traitance, de mise à niveau des plateaux techniques et des projets de recherche ...

- 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>171</sup>.

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

Cette démarche a permis d'aboutir à certains résultats encourageants 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 proches 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.

---

<sup>171</sup> Certaines régions ont élaboré des estimations financières spécifiques à chaque axe stratégique pour les trois années séparément alors que d'autres n'ont procédé qu'à l'estimation du BP de la première année uniquement.

- ✓ 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 satisfaisante<sup>172</sup>.

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

Le partenariat est une forme de contractualisation qui met en jeu deux ou plusieurs acteurs dans le but de réaliser des objectifs communs. Ce type de relation repose sur la confiance et la contribution de chaque acteur qui devrait être défini au début de la relation.

---

<sup>172</sup> 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 ABDANIF, Karib A. Encadré par Perrot J, 2005.p 35.

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.

Le Ministère de la Santé concrétise cette relation avec trois types d'ONG :

1. *Les ONG de type élitiste* : citant comme exemple les ROTARY et les LION'S CLUB, elles sont gérés par des membres des professions libérales, des industriels et des grands négociants. Les domaines de leur intervention sont généralement l'organisation des campagnes de lutte contre la cataracte, la prise en charge des diabétiques et la fourniture des équipements pour les handicapés physique...
2. La deuxième catégorie d'ONG a le statut d'association d'utilité publique. Elles ont une vocation beaucoup plus régionale. On peut citer à titre d'exemple : RIBAT ELFATH, FES SAISS, GRAND ATLAS, etc.
3. Le troisième type est celui des associations nettement engagées dans le travail social, de solidarité et le développement économique. C'est le cas de l'association marocaine de solidarité et de développement (AMSED). Leurs ressources proviennent principalement des aides des organismes internationaux, d'autre se base sur l'appui de certains opérateurs économiques privés comme la fondation ZAKOURA, ce type d'ONG intervient dans le champ de la santé et le développement local, notamment dans les zones rurales où l'accès aux soins est généralement difficile.

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'appui les politiques de lutte contre la pauvreté.

Les domaines de coopération et de concertation entre le ministère de la santé et les ONG sont divers :

### **3.1.1. Convention dans le domaine de la prestation des soins curatifs et préventifs**

Dans ce domaine, on peut trouver trois types de convention qui sont mises en œuvre à savoir :

1. En matière de prestation de soins et dans le cadre de la coopération avec les ONG, les services du ministère de la santé s'engagent à mettre à la disposition des ONG un ensemble de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, rééducateur, etc.) et par fois, fournir certaines quantités de médicaments et les équipements nécessaires. Les ONG de leur part participent par la mise en place des bâtiments et les locaux pour accueillir ces activités.
2. Coopération dans le cadre des programmes de prévention : cette relation est mise en œuvre à l'échelle nationale, elle met en relation le ministère de la santé et l'Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF) dans le cadre d'un programme de promotion de la santé de l'enfant, de la mère et de la reproduction. Les deux parties s'engagent à :
  - ✓ Participer à l'exécution d'une stratégie commune de sensibilisation en matière de santé reproductive par l'utilisation des différents moyens médiatiques.

- ✓ Dotation des médecins du secteur privé et des établissements publics en moyen de contraception qui seront distribués gratuitement.
- ✓ Participer à des campagnes de sensibilisation pour les régions rurales ou l'accès à l'information s'avère insuffisant.
  
- Coopération dans les activités ponctuelles : il s'agit de l'organisation des journées de consultation et des caravanes médicales en faveur des populations démunies qui souffrent d'une couverture médicale insuffisante. L'initiative sera prise par les ONG et les associations de médecins, pharmaciens, dentistes, etc. adhère à l'action volontairement et bénévolement.

### **3.2. Partenariats avec les services de coopération et les organisations internationales**

Le ministère de la santé coopère avec un ensemble d'organisations internationales telles que l'OMS<sup>173</sup>, le PNUD, L'UNICEF, etc. cette coopération entre dans la logique de la promotion de la santé en se basant sur les domaines prioritaires suivants :

- Le développement d'une stratégie de lutte contre les maladies chroniques comme le SIDA, les MCV, HTA, les Cancers, le Diabète ...
- L'organisation des activités de formation pour les professionnels de la santé dans le but d'un transfert de savoir faire et de technologie vers les pays en développement.
- Appui à la décentralisation et la déconcentration des systèmes de santé par la mise en place des projets tel que le PAGSS.

Les engagements des organismes internationaux portent sur l'appui technique, les contributions financières sous forme de dotations.

Des rapports annuels de performances et d'évaluation sont élaborés pour s'assurer du bon usage des fonds.

### **3.3. Partenariat avec les collectivités locales**

Dans le but de renforcer le dispositif de décentralisation et de déconcentration, l'Etat envisage d'impliquer les collectivités locales dans le champ de la santé sous forme de coopération avec le ministère de la santé.

---

<sup>173</sup> 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.

Les principales modalités d'intervention et les axes prioritaires sont les suivants :

- *Participation avec des ressources humaines*

Les collectivités locales participent dans le fonctionnement des structures sanitaires qui relèvent du ministère de la santé avec la mise à leur disposition des chauffeurs, des agents de service, etc.

- *Achat de médicaments*

Par manque de couverture sanitaire, les collectivités locales achètent par fois des médicaments pour les populations les plus démunies surtout pour les malades chroniques qui nécessitent un traitement permanent.

- *Participation avec des moyens de mobilité*

Pour palier au problème de la faible couverture sanitaire notamment dans les régions rurales éloignées et pour répondre aux cas urgents qui peuvent se produire ou les moyens de transport sanitaires (ambulance) s'avèrent nécessaires, les collectivités locales achètent des ambulances et des véhicules pour l'équipe mobile pour effectuer des déplacements, transporter les malades et faire aussi des campagnes de consultation, de vaccination et de dépistages. Ces activités doivent être autorisées par le ministère de la santé.

- *Infrastructures sanitaires*

Toujours, dans l'objectif d'améliorer la couverture sanitaire, les collectivités locales engagent des investissements en matière de construction, d'aménagement et de rénovation des centres de santé, etc. bien que ces actions sont très importantes, elles restent toujours rares et insuffisantes pour améliorer la qualité de la couverture sanitaire des régions éloignées.

### **3.4. Partenariat avec les biens bienfaiteurs**

Les bienfaiteurs, en collaboration avec le ministère de la santé, s'engagent à construire ou à équiper des établissements sanitaires. Après l'achèvement des travaux, le ministère de la santé veille sur le bon fonctionnement de ces dernières. En leur assurant les ressources humaines nécessaires, les budgets de fonctionnement, etc. on peut citer à titre d'exemple les Hôpitaux de MOULAY Yousef, ELHASSANI à Casablanca et la maternité de FES.

Contrairement de l'Algérie, le Maroc a appliqué le dispositif de la contractualisation dans son système de santé en touchant à un nombre important des domaines de ce dernier, il a réussi à

respecter les trois formes de la contractualisation. Or, ce qui reste à accomplir est l'élaboration d'une politique nationale de contractualisation. Ce document aura la tâche de coordonner toutes ces activités et expériences qui se fait à la marge d'une politique nationale de santé.

### **III. QUELQUES POINTS DE COMPARAISON**

Notre domaine d'étude s'est centré sur deux pays du Maghreb à savoir l'Algérie et le Maroc. Ces deux pays se trouvent sur deux différents états d'avancements de l'application de la contractualisation. Dans cette section, nous allons donc essayer de montrer cet écart à travers deux comparaisons. Dans la première nous s'intéresserons aux points de divergences entre les deux pays. Dans la seconde, nous allons essayer de comparer la contractualisation telle qu'elle est appliquée dans ces deux pays avec la contractualisation, telle qu'elle est vue et conçue par l'OMS, pour qu'à la fin, nous tenterons d'élaborer quelques recommandations pour appliquer correctement la contractualisation, optimiser l'utilité de son utilisation et atteindre les objectifs espérés.

#### **1. Comparaison entre les deux pays (Algérie et le Maroc)**

Dans cette partie, nous allons essayer de comparer l'application de la contractualisation dans les deux pays en se basant sur les points suivants : les domaines de l'application de la contractualisation, les états d'avancement et les objectifs visés.

##### **1.1. Les domaines de l'application**

En Algérie, le recours à la contractualisation dans le système de santé s'impose comme solution *ad hoc* pour la problématique de financement des structures de santé publiques. Ce dispositif est appliqué donc pour réorganiser les relations qui existent entre les bailleurs de fonds (CNAS) et les structures de santé publiques. Cette relation fondée principalement sur les modalités de financement de la contre partie de la prise en charge.

La contractualisation en Algérie met en jeu deux acteurs seulement, malgré cette simplicité, cette démarche n'a pas atteint ses finalités. Le processus de mise en œuvre est encore en panne, de ce fait, il ne peut pas répondre aux ambitions d'une vision systémique et d'une stratégie globale et de long terme de la contractualisation.

Au Maroc, la contractualisation est appliquée par un grand nombre d'acteur du système de santé. Cette grande diversité est traduite par l'application des trois types de la contractualisation à savoir :

- L'achat de services (ex : externalisation : cas de la gestion des déchets hospitaliers et la paie des personnels, achat de la prestation médicale, achat de l'assistance techniques...).
- La délégation de responsabilité (ex : les contrats plan avec les CHU, les budgets programme avec les régions sanitaires et les relations contractuelles avec les CHP SEGMA)
- La coopération (ex : partenariats avec les ONG, coopération avec les organisations internationales, avec les collectivités locales, etc.).

## 1.2. L'ancienneté et l'état d'avancement

En Algérie, depuis 1992, avec la loi de finance qui stipule le recours à la contractualisation dans les relations entre la CNAS et les Hôpitaux, à ce jour la mise en œuvre de ce dispositif n'est pas encore achevée et ce projet reste toujours inopérant<sup>174</sup>.

Au Maroc, la contractualisation commence à se développer effectivement à la fin des années 90. Aujourd'hui, elle touche un grand nombre d'acteurs impliqués dans le secteur de la santé ; publics privés et associatifs, et de nombreux axes stratégique dans le domaine de la santé. Mais ces relations restent jusqu'à présent isolées sans vision globale harmonieuse avec la politique nationale de santé.

## 1.3. Les objectifs visés

La contractualisation en Algérie a l'objectif de rationaliser les dépenses de santé vu le rythme élevé de l'augmentation des montants des forfaits hôpitaux. L'implication des acteurs privés dans le système de santé avec l'introduction de la médecin de familles. Cet objectif reste encore un objectif intermédiaire par rapport aux grandes ambitions de l'application de la contractualisation.

---

<sup>174</sup> La loi de finance 2010 fixe un montant de 83 million de dinar comme forfait hospitalier pour l'année 2010. Algérie.

Au Maroc, après la généralisation de l'application de la contractualisation, une harmonisation de toutes les actions des différents acteurs de la santé est au programme par l'élaboration d'une politique nationale de contractualisation.

**Tableau 17 : 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*

## 2. Comparaison avec le cadre normatif de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé, depuis sa prise de conscience de l'importance du potentiel de la contractualisation d'améliorer la performance des systèmes de santé, invite et encourage les pays membre à adopter cette technique. Cependant, pour éviter les effets indésirables de la contractualisation, il faut impérativement suivre ce cadre normatif de l'OMS de la contractualisation (développé au premier et deuxième chapitre).

Or, l'Algérie et le Maroc ont fait recours à la contractualisation dans leurs systèmes de santé mais, ils sont loin encore de l'application correcte de ce dispositif.

Voici quelques points de divergence avec l’OMS :

### **2.1. Maîtrise du processus**

Manque d’assez de recul qui permet d’apprécier objectivement le fonctionnement de la contractualisation. La jeunesse de ce dispositif, l’insuffisante littérature, l’absence de la formation du personnel et l’absence d’effort de vulgarisation, sont autant de facteurs qui engendrent une non maîtrise de la contractualisation.

Cette application insuffisamment métrisée peut provoquer des litiges entre les acteurs, ce qui engendre inévitablement des coûts supplémentaires (les coûts *ex-post*). Par conséquent, ce problème est l’un des facteurs qui empêchent la tenue d’une relation contractuelle durable.

### **2.2. L’approche systémique**

Les relations contractuelles se sont développées en Algérie et au Maroc d’une manière isolée. Ces actions restent des repenses *ad hoc* sans vision globale et systémique en répondant aux objectifs particuliers des acteurs impliqués. L’absence d’une approche systémique c’est-à-dire, développer un tissu de relations contractuelles en visant ensemble un seul objectif qui est celui de l’amélioration de la performance du système de santé. Amener tous les acteurs, y compris les acteurs privés, à réaliser un seul objectif reste une tâche difficile, mais avec la mise en place d’un système d’incitation efficace, l’Etat peut séduire tous les acteurs à travailler pour un but d’intérêt public commun.

### **2.3. La politique nationale de contractualisation**

Les relations contractuelles doivent être encadrées par une politique nationale de contractualisation dans laquelle sont bien déterminés ; les axes stratégiques, les domaines prioritaires du recours à la contractualisation, les objectifs à atteindre et les délais de réalisation qu’il faut respecter.

En Algérie comme au Maroc, l’absence d’une politique nationale de contractualisation crée des opportunités d’un développement anarchique des relations contractuelles. Par nature de la rationalité illimitée des acteurs et leur égoïsme, et par fois, par asymétrie d’information le phénomène a des fortes chances de s’aggraver.

En outre, cette politique nationale de contractualisation doit être en harmonie et en forte corrélation avec la politique nationale de santé. En effet, la contractualisation doit être un outil de l'application de la politique nationale de santé.

#### 2.4. L'importance de l'évaluation

L'OMS insiste sur l'importance de l'évaluation des relations contractuelles, soit pendant l'exécution ou après la fin de l'opération. Cette phase est cruciale parce qu'elle nous permet de comparer d'un côté les résultats atteints à ceux espérés atteindre. D'un autre côté comparer les résultats aux moyens mis en place pour les réaliser.

L'absence d'une véritable volonté d'évaluation constitue un obstacle qui nous empêche de connaître le véritable état d'avancement de l'application des expériences de la contractualisation et de faire des repaires pour se situer par rapport aux objectifs escomptés.

**Tableau 18 : 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

Le recours à la contractualisation dans les systèmes de santé est devenu une pratique de plus en plus fréquente. Pour optimiser le profit de son potentiel d'efficacité, une bonne maîtrise du processus de sa mise en œuvre s'avère un préalable indispensable.

L'Algérie le Maroc et ont mis la contractualisation au centre des réformes de leur système de santé, mais avec des degrés différents d'application et de généralisation.

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.

Malgré cette expérience restreinte qui concerne un domaine spécifique du système de santé (financement des hôpitaux), le mécanisme est toujours inopérant. Ceci est principalement le résultat de la non-maîtrise du processus de la contractualisation et les mésententes des différents acteurs impliqués dans la relation contractuelle.

Au Maroc, la contractualisation est suffisamment généralisée. Elle concerne plusieurs aspects du système de santé : achat de service, sous-traitance, délégation de responsabilité, coopération... Mais ces relations restent toujours isolées et fragmentées sans aucune logique globale, harmonieuse et en adéquation avec les orientations de la politique nationale de santé. Pour cela, l'élaboration des politiques (globales et spécifiques) de contractualisation s'impose comme urgence pour mieux organiser toutes les relations contractuelles entre les différents acteurs.

La contractualisation telle qu'elle est appliquée en Algérie et au Maroc n'a pas atteint le niveau d'organisation et de rigueur nécessaire ; il existe un fossé énorme entre les modalités effectives d'application et le cadre normatif recommandé par l'OMS.



# Conclusion générale

## CONCLUSION GENERALE

La contractualisation dans les systèmes de santé est apparue comme un nouveau mode de gestion. Cette nouvelle démarche « hybride » se situe entre une étatisation complète et une forte libéralisation. Ou encore, une privatisation complète des systèmes de santé. Son objectif est simple : améliorer l'efficacité du financement socialisé de la santé.

Le recours à cette technique dans les pays en développement est très récent, par conséquent, la maîtrise de cet outil est un peu loin des espérances.

La multiplication d'arrangements contractuels spécifiques peut engendrer des contre-effets négatifs. Aussi, la juxtaposition d'arrangements contractuels *ad hoc*, sans aucune coordination et harmonie, a de fortes chances de déstabiliser le fonctionnement du système de santé. Il est donc important que les arrangements contractuels spécifiques soient des parties intégrantes des systèmes de santé et des principaux axes d'une stratégie globale et systémique.

C'est justement la politique nationale de contractualisation qui met en adéquation les divers arrangements contractuels avec la politique nationale de santé. Par cet effet, tous les arrangements contractuels établis entre les acteurs seront alors la traduction opérationnelle d'une stratégie collective et concertée visant un seul objectif commun. De cette manière, la contractualisation devient une option stratégique pour améliorer la performance des systèmes de santé.

Le succès de la contractualisation dépend aussi de la manière dont elle est mise en application. Il est indispensable de respecter toutes les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle (qu'on a développé dans le deuxième chapitre). Il est aussi nécessaire de respecter les modalités d'élaboration d'un document de base d'une politique nationale de contractualisation ; la volonté politique est donc un préalable indispensable.

Dans cette optique, le rôle de l'Etat devient primordial. Il doit se désengager progressivement de son rôle classique (prestation, financement, etc.) pour concentrer ses efforts sur son nouveau rôle de pilotage (régulation, contrôle, planification, évaluation, etc.). L'Etat devient

alors le garant d'une approche systémique de la contractualisation, la seule apte à concrétiser une décentralisation efficace.

Les systèmes de santé algérien et marocain ont engagé de multiples réformes (révision de la carte sanitaire, des modes de financement et de contractualisation, réformes hospitalière, ...). Ce grand chantier de réforme nécessite un minimum de maîtrise conceptuelle une vision globale et stratégique des réformes. Cette vision doit être coordonnée et harmonisée par une politique nationale de santé qui, à son tour, fixe les priorités d'action à mener et les réformes adéquates à chaque contexte.

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.

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 :

- ✓ Mettre en œuvre avec plus de rigueur la réforme de contractualisation pour accélérer l'achèvement de l'expérience et passer à l'étape de l'évaluation, et ce dans le but d'apprécier les résultats obtenus.
- ✓ 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. Les responsables du ministère de la santé auront la tâche d'exposer exhaustivement les problèmes de terrain qui risquent de freiner le processus de la mise en œuvre. Les chercheurs, de leur part, auront la tâche de promouvoir les solutions de type contractuelles et de solutionner les éventuels problèmes rencontrés sur le terrain.
- ✓ Promouvoir le rôle – sous-estimé – des ONG dans le système de santé. Les ONG peuvent en effet être des acteurs très dynamiques du projet de la contractualisation. Plus concrètement, on doit faciliter la création de nouvelles ONG et l'installation des ONG internationales. D'autre part, l'Etat doit faire bénéficier les ONG de

subventions et d'exonérations fiscales. Enfin, on doit encourager le parrainage des ONG par des entreprises et des groupes industriels.

- ✓ 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.

En définitive, nous tenons à préciser que ce présent travail n'est qu'un prélude, une esquisse. Au demeurant, il est l'un des rares travaux qui s'intéressent à la contractualisation dans les pays du Maghreb. Nous sommes parfaitement conscients que la réforme de la contractualisation exige un travail beaucoup plus approfondi qui dépasse les limites de cette étude. Nous souhaitons avoir contribué à la compréhension de ce nouvel instrument et aux possibilités de son application. En attendant l'achèvement de cette réforme, notre futur objectif sera l'évaluation de la contribution de la contractualisation à l'amélioration de la performance des systèmes de santé qui, nous l'espérons, sera traité dans d'autres travaux.

# Annexes

## ANNEXES 1 : Organisation des bureaux des entrées

## Annexes 2 : Fiche navette

## Annexes 3 : Les groupes de spécialités homogènes

Annexes 4 : Décision interministérielle du 14 janvier  
2003

Annexes 5 : Décret exécutif N° 04-101 du 1 avril 2004

Annexes 6 : Décret exécutif N° 5-257 du 20 juillet 2005

Annexes 7 : décret exécutif N° 01-12 du 21 janvier 2001

REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1. OUVRAGES :

1. Ahmad S, Jean-Marie A. : « *Lexique d'économie* », éd Dalloz, 2006.
2. Arrow K, Granger T. : « *Théorie de l'information et des organisations* », éd DUNOD, Paris, 2000.
3. Auby J.F. : « *La délégation du service public* » éd PUF, collection « que sais-je », Paris, 1995.
4. Beatrice Majnoni D. : « *Economie de la santé* » éd PUF, Paris, 1994.
5. Bejean S. : « *Economie du système de santé : du marché à l'organisation* » éd. ECONOMICA, Paris, 1994.
6. Beresiak A, Duru G. : « *Economie de la santé* », éd MASSON, Paris, 2001.
7. E fauo A-L. : « *Economie de la santé en question* », éd ELLIPS, Paris, 2000.
8. Gerard TH. : « *Analyse économique des systèmes* », éd ARMOND COLIN, Paris, 1997.
9. Gomez P-Y. : « *Qualité et théorie des conventions* » éd ECONOMICA, Paris, 1994.
10. Labourdette A. : « *Economie de La Santé* » éd PUF, Paris, 1988.
11. Lamri L. : « *Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique* », Office des Publications Universitaires, Alger, 2004.
12. Michel F, Drummond B, Bernie J. : « *Méthode d'évaluation économique des programmes de santé* » éd ECONOMICA. 1997.
13. Milgrom P, John R. : « *Economie, organisation et management* », éd DE BOEK, 1997.
14. Minard C. : « *Economie des organisations* », éd LA DECOUVERTE, Paris, 2004.
15. Mougeot M. : « *Système de santé et concurrence* » éd ECONOMICA, Paris 1994.
16. Orléan A. : « *Analyse économique des conventions* » éd PUF, Paris, 1994.
17. Oufriha F-Z. : « *De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins* », CREAD, 2006.
18. 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.

19. Phelps C. : « *Les fondements de l'économie de la santé* » éd PUBLI-UNION, 1995.
20. Ray J C, Depuis J-M. : « *Analyse économique des politiques sociales* », éd PUF, Paris, 1998.
21. Samuelson P A. : « *Les fondements de l'analyse économique* », éd DUNOD, 1971.
22. Tanti Hardouin. : « *Economie de la santé* » éd. ARMOND COLIN, Paris, 1994.
23. Weber L. : « *l'Etat, acteur économique : analyse économique du rôle de l'Etat* », éd ECONOMICA, 1991.

## **2. ARTICLES ET COMMUNICATIONS**

1. Abderahmane A : « *L'expérience de la contractualisation au Ministère de la Santé-Maroc* », Tanger, 21,23 Avril 2009.
2. Abderrahmane DJ, « *La réalité du système de sécurité sociale Algérien : crise ou conjoncture* », communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010.
3. Achouri H : « *La contractualisation en milieu hospitalier : réalités et perspectives* », communication présentée lors des XI ième journées nationales de la gestion hospitalière, mai 2008.
4. Ahmed Zaid-Chertouk M, Ahmed Zaid S : « *La mise en œuvre des réseaux de santé en Algérie : un instrument d'aide à l'efficacité du système de santé et de réduction des dépenses publiques de santé* » communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé, Bejaïa, 2006.
5. Ahmed Zaid-Chertouk M, Amiri Dalila : « *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des hôpitaux : application au secteur sanitaire de LARBAA NAIT IRATHEN* », communication présentée lors du colloque international sur la santé et l'environnement dans les pays en développement, TIZI OUZOU le 17.18 janvier 2010.
6. Alami G : « *Place de l'assurance maladie obligatoire et du régime d'aide médicale* », Caisse Nationale de la Sécurité Sociale, 2007. In : [www.aufaitemaroc.com/document/0000/2866/aufait-20100324.pdf.maroc](http://www.aufaitemaroc.com/document/0000/2866/aufait-20100324.pdf.maroc)

7. Alami G : « *L'Assurance-Maladie Obligatoire au cœur du débat au Maroc* », conférence internationale de l'assurance maladie, 2003.in : [www.tetouaneweb.org/upload/forum/1174687422.doc-Maroc](http://www.tetouaneweb.org/upload/forum/1174687422.doc-Maroc)
8. Amamou M H : « *La contractualisation interne : fondements théoriques et modes de gouverne* », communication présentée lors des XI ième journées nationales de la gestion hospitalière, mai 2008.
9. Amamou M-H: « *La contractualisation interne: fondements théoriques et mode gouverne* », Hammamet, mai 2008.
10. Belghiti A : « *Système de santé marocain, réalité et perspectives* », présenté au 6<sup>ème</sup> Congrès national, Mai 2007.
11. Belghiti A : « *La réforme de la santé au Maroc : pertinences et opportunité* » Ministère de la Santé du Maroc, présenté au XXXème Congrès Médical Maghrébin, Casablanca, 7-9 juin 2001.
12. Belmihoub M.C : « *La réforme administrative en Algérie : Innovations proposée et contraintes de mise en œuvre* », communication présentée au forum euro-méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'administration, Tunis le 15-17 juin 2005.
13. Ben Brahim H : « *Programme de mise à niveau du secteur public de la santé : de la conception à la mise en œuvre* », communication présentée lors des XI ième journées nationales de la gestion hospitalière, mai 2008.
14. Bennis A : « *Le système de soins de santé au Maroc : quelques éléments d'analyse de ses atouts et faiblesses* », in [www.santemagreb.com](http://www.santemagreb.com), consulté le 24.03.2009.
15. 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.
16. Charreaux G : « *La théorie positive de l'agence : positionnement et apports* », université de Bourgogne, décembre 1999.
17. Chraibi M : « *la CNSS, quel partenariat avec l'hôpital public ?* », communication présentée aux journées portes ouvertes sur la réforme hospitalière au Maroc, 24 juin 2005.
18. CNAS : « *Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et les perspectives de la contractualisation* », séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, août 2008.

19. Driss Z, El-Idrissi A, Kaddar M, Sabri B: « *Constraints and obstacles to social health protection in the Maghreb: the cases of Algeria and Morocco* », Bulletin of the World Health Organization, November 2008.
20. Driss Z-D, Keddar M, Sabri B : “ *Constraints and obstacles to social health protection in the Maghreb: the cases of Algeria and Morocco*”
21. Elidrissi Z- E : « *La régulation des dépenses de santé dans le cadre de l'AMO* », communication présentée lors des journées portes ouvertes sur la réforme hospitalière, Casablanca, 23, 25 juin 2005.
22. Fenina Mankai N : « *La gestion pharmaceutique dans le contexte de la contractualisation* », communication présentée lors des XI ième journées nationales de la gestion hospitalière, mai 2008.
23. Foulon G, Traore C : « *Les limites des mécanismes de recouvrement des coûts née de l'Initiative de Bamako* », communication présentée lors de la table ronde de ReMed, Paris, Novembre 2007.
24. Graba M K: « *La contractualisation en Algérie : situation actuelle et perspectives* », Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, 2006.
25. Hazim D : « *Réforme de la santé et partenariat et intersectorialité* », Ministère de la Santé du Maroc, communication présentée à Bruxelles le 25-26 juin 2006.
26. Iraqi A : « *Le concept de système de santé* », faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Maroc, 2007.
27. Iraqi F : « *Cliniques privées : présent et avenir* », in [www.santé-gouv.ma/unas/meme/2002-2005/drhimer-abdelghani.pdf](http://www.santé-gouv.ma/unas/meme/2002-2005/drhimer-abdelghani.pdf)
28. Jaouadi J : « *Efficacité et Efficience des systèmes de santé : Application aux pays de la région MENA* », in [http : www.santé-gouv.ma/download/drhimer-abdelghani.pdf](http://www.santé-gouv.ma/download/drhimer-abdelghani.pdf)
29. Kadar M : « *Systèmes et politiques de santé au Maghreb : un état des lieux* », Juni 2003, in [www.santémagreb.com](http://www.santémagreb.com), consulté le 24.03.2009
30. Kaddar M : « *Les réformes des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : contexte, succès et défis actuels* », communication présentée au 1<sup>er</sup> colloque international sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement, Béjaïa 13-15 novembre 2006.
31. Kaddar M, Eliane F : « *Les nouveaux mécanismes internationaux de financement de la santé* », communication présentée lors de la conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA) 10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana.

32. 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.
33. Kaid Tlilane N, Dermal A, Azri K : « *Essai d'évaluation des accidents de travail en Algérie* », communication présentée au deuxième colloque international : santé et sécurité au travail, développement et mondialisation. Béjaïa, 06,07 Juin 2009.
34. 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.
35. Lazrak R : « *Le rôle des organisations non gouvernementales (ONG) dans le système de santé au Maroc* », 2006. In : [www.aufait-maroc.com/documant/0000/1688/aufait-20090717.pdf-Maroc](http://www.aufait-maroc.com/documant/0000/1688/aufait-20090717.pdf-Maroc)
36. Mamoun L : « *Proposition pour la réforme du système de santé marocain* », 2005. In [www.diwan-elmadhalim.ma/download/index.php/download/uploop.pdf](http://www.diwan-elmadhalim.ma/download/index.php/download/uploop.pdf)
37. Medee P, Lascols S : « *La contractualisation interne : expérience du centre hospitalier de périgueux* », communication présentée lors des onzièmes journées nationales de gestion hospitalières, Nabeul, mai 2008.
38. Perrot J : « *La contractualisation en milieu hospitalier* », communication présentée lors de la X<sup>èmes</sup> journées de la gestion hospitalière, Sfax, 2007.
39. Perrot J : « *Organisation des systèmes de santé : partenariat basé sur les relations contractuelles* », Genève, 2004.
40. Sebti H : « *Le contrôle des activités externalisées : le cas des offices nationaux marocains* », in [www.managment.free.fr/recherche/contenucongres/AFC/p103.pdf](http://www.managment.free.fr/recherche/contenucongres/AFC/p103.pdf)
41. Skalli N : « *Le système de santé au Maroc, perspectives de réforme* », communication présentée au forum Euromed de la santé, Barcelone 2005.
42. Yvon B : « *Financement et réformes des systèmes de soins* », Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. 2006.

### 3. REVUES

1. Batifoulier F : « *Le rôle des conventions dans les systèmes de santé* », in Revue des Sciences Sociales et Santé, vol X, N° 1, Mars 1992.
2. Diane- Lequet-S : « *Régulation des systèmes de santé : quelques expériences étrangères de réforme en Europe* », Revue d'économie financière, Octobre 2004.
3. Ingham M, « *L'apprentissage organisationnel dans les coopérations* », revue française de gestion, n° 97, 1994.
4. Saihi A : « *Le système de santé publique en Algérie : analyse et perspectives* », in Gestion Hospitalière, Avril 2006.
5. Tizio S : « *Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : la contribution des politiques de santé au développement durable* », in Mondes en Développement Vol.32-2004/3-n°127, 2004.
6. Tizio S : « *Trajectoires socio économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle* », in CAIRN, monde en développement N° 131/3.2005.

### 4. THESES ET MEMOIRES

1. Benrached A. : « *La contractualisation* », mémoire de L'Ecole Nationale de la Santé Publique, Alger, 2005.
2. Boulamizat 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.
3. Frenois A. : « *Conjuguer sujet de droit et enjeux économiques en ESAT : Conduire un processus de personnalisation, de contractualisation et de participation* », mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2007.
4. Kaid Tlilane N. : « *Système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa* », Thèse de Doctorat d'Etat es Sciences Economiques, Université d'Alger, 2003.

5. Laurent G. : « *La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'Hôpital public, état des lieux et perspectives au regard de l'expérience du centre hospitalier de Blois* », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2004.
6. Mahyaoui Y. : « *Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins* », Thèse de Doctorat en Santé Publique et Economie de la Santé, option, Système de Soins Hospitaliers, Université Paris VII, 2003.
7. Maounde D. : « *Contractualisation et performance du système de santé au Tchad* », Thèse de Doctorat en Droit, université Jean Moulin Lyon3, 2007.
8. Senelle M. : « *Les relations contractuelles entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires : Eléments théoriques et exemples pratiques en République du Bénin* », mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'études spécialisées en Gestion du Développement, Université de Liège, 2005.
9. Tenkhi M. : « *La contractualisation, un moyen de la mise en oeuvre des réformes hospitalières en Algérie* », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Alger, 2005.

## **5. RAPPORTS ET DOCUMENTS DIVERS**

1. Agence française du développement : « *La contractualisation : une clé pour la gestion durable des services essentiels* », coordonné par TETAR J-M, CEDRIC B, 2008.
2. Banque Mondiale. : « *Point pays : le royaume du Maroc* » décembre 2005.
3. Banque Mondiale : « *République Algérienne Démocratique et Populaire : A la recherche d'un investissement public de qualité* », une revue des dépenses publiques, Aout 2007.
4. Lamri L. : « *Monographie de l'assurance maladie en Algérie* », RESSMA, Hammamet, novembre 2001.
5. MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL (MMI) : « *La contractualisation entre secteur confessionnel et secteur public de la santé en Afrique sub-saharienne : un processus en crise* », rapport de Mai 2009.
6. Ministère de la santé burkinabé : « *Politique nationale de contractualisation dans le système de santé au Burkina-Faso* », N° 0001 in le journal officiel N°37 du 10 septembre 2009.

7. Ministère de la santé- Burkina-Faso : « *Document de politique sanitaire nationale* », septembre 2000.
8. Ministère de la santé du Mali : « *Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali ; étude de cas en milieu urbain et rural* », préparé par Konaté M, Kanté B, septembre 2003.
9. Ministère de la santé du Maroc : « *Stratégie et plan d'action 2008-2010* », 2008.
10. Ministère de la santé et de la population et de la réforme Hospitalière : « *Le malade au cœur de la réforme* », rapport préliminaire du Conseil National de la Réforme Hospitalière : les préalables et les actions urgentes, janvier 2003.
11. Ministère de la santé et de la population et de la réforme Hospitalière : « *Réformes Hospitalières* », direction des établissements de santé, 1999.
12. Ministère de la Santé marocain : « *Renouvellement de la stratégie de couverture sanitaire de base au Maroc* », in [www.emro.who.int/2009-SSP-van-den-brussedre.pdf](http://www.emro.who.int/2009-SSP-van-den-brussedre.pdf).
13. Ministère de la Santé marocain : « *La santé en chiffres 2008* », direction de la planification et des ressources financières. 2005, 2006, 2007, 2008.
14. Ministère de la Santé marocain : « *Voyage d'étude et d'observation sur le système hospitalier marocain et la réforme hospitalière* », direction des établissements de santé, avril 2010.
15. 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.
16. Ministère de la santé publique du Tchad : « *Politique contractuelle dans le système de santé au Tchad* », 2001.
17. Ministère de la Santé : « *Enquête nationale santé : Transition épidémiologique et système de santé* », projet TAHINA de l'Institut Nationale de la Santé Publique, novembre 2007.
18. Ministère de la Santé, de la population et de la réforme Hospitalières : « *Mise en oeuvre de la contractualisation : des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas* », Alger, 2003.
19. Ministère de la Santé, de la population et de la réforme Hospitalières : « *Santé et sécurité sociale : organisation du système de santé et de sécurité sociale* », septembre 1998.

20. Ministère de la Santé, de la population et de la réforme Hospitalières : « *Développement du système national de santé : stratégies et perspectives* », mai 2001.
21. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : « *statistiques sanitaires* », Direction de la planification et de la normalisation, 2000, 2003,2005 2006.
22. MMI : « *La contractualisation entre secteur confessionnel et secteur public de la santé en Afrique sub-saharienne, un processus en crise : cas de Tchad* », rapport de Mai 2009.
23. OMS : « *La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE* » discussion paper N° 4, 2006.
24. OMS : « *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration des systèmes de santé* » discussion paper numéro 1, 2004.
25. OMS : « *Etude sur le financement des soins de santé au Maroc* », réalisé par KHERBACHE F, EL ALAMI EL ELFELLOUSSE, 2007.
26. OMS : « *La contractualisation dans le secteur de la santé au Niger* », lettre de l'OMS au Niger, bulletin de représentation de l'OMS au Niger N°63, juillet 2009.
27. OMS : « *Le recours à la contractualisation dans les systèmes de santé : principaux messages* », résumés techniques pour décideurs, numéro 04, 2005.
28. OMS : « *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé* », rapport de la cinquante-sixième assemblée mondiale de la santé, 28 mai 2003.
29. OMS : « *Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant* »,2000.
30. OMS : « *Une politique nationale de contractualisation : Guide pour son élaboration et son suivi* » discussion paper N° 2, 2007.
31. OMS : « *Evaluation de la performance des systèmes de santé* », rapport de la cent onzième session du Conseil Exécutif de l'OMS, décembre 2002. In [www.who.int/health-systems-performance](http://www.who.int/health-systems-performance)
32. OMS : « *Renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement : le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé* », rapport de secrétariat de la cinquante sixième assemblée mondiale de la santé, avril 2003.

33. OMS : « *Histoire de la contractualisation dans les systèmes de santé* », préparé par PERROT J, Genève, 2004.
34. RESSMA : « *Monographie de l'assurance maladie en Algérie* », RESSMA, Hammamet, novembre 2001.
35. SAMY. J, « *La théorie des coûts de transaction de Williamson et la surveillance des banques dans l'UE* », Institut européen de l'Université de Genève, décembre 2004.
- 36.

## 7. TEXTES LEGISLATIFS

- ✓ La loi N° 04.17 du 10 novembre 2004 modifiant et complétant la loi N° 83.14 du 02 juillet 1983
- ✓ Décret exécutif N° 05-257 du 20 juillet 2005
- ✓ Décret exécutif N° 04-101 du 1 avril 2004
- ✓ Décret exécutif N° 01-12 du 21 janvier 2001
- ✓ Instruction N° 04 MSPRH du 25 mai 2004
- ✓ Discision interministérielle du 14 janvier 2003

## 8. WEBOGRAPHIE

Site internet	dernière date de consultation
www.marocsante.ma	15/03/2009
www.gipspsi.com	27/07/2009
www.sante.gouv.ma	03/04/2009
www.santemaghreb.com	22/01/2010
www.cairne.info	14/05/2010
www.medicusmundi.org	28/04/2010
www.ands.dz	17/03/2010
www.diwan-elmadhalim.ma	02/01/2010
www.colloques.freezee.org/cies	23/02/2010
www.who.int.org	12/06/2010
www.managment.free.fr	22/05/2010
www.aufaitemaroc.com	13/04 /2009
www.contractinghaelth.com	29/03/2010

# Liste des tableaux, des figures et schémas

## **1. LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableaux</b>	<b>intitulés</b>	<b>page</b>
Tableau1	Relation entre type de transaction et structure de gouvernance	19
Tableau2	Evolution du nombre de structures de SSB	93
Tableau3	Evolution du nombre d'Hôpitaux au Maroc	95
Tableau4	Evolution du nombre des médecins publics et privés au Maroc	96
Tableau 5	Evolution du nombre de pharmaciens (publics et privé) au Maroc	98
Tableau 6	Evolution du nombre de pharmaciens (publics et privé)	99
Tableau 7	Dépenses publiques de santé au Maroc	99
Tableau 8	Les structures de soins de base	108
Tableau 9	Les établissements hospitaliers spécialisés	109
Tableau 10	Les CHU et leurs nombre de lits	109
Tableau 11	Extension de l'offre privée	110
Tableau 12	Répartition des pharmacies publiques privées	112
Tableau 13	Les taux de cotisation	115
Tableau 14	Evolution du forfait hôpitaux en millions DA	130
Tableau 15	Les prix moyens de la journée d'hospitalisation (PMJH) en (DA)	136
Tableau 16	Les cinq groupes de spécialités homogènes	137
Tableau 17	Quelques points de comparaison de l'application de la contractualisation entre l'Algérie et le Maroc	163
Tableau 18	Tableau récapitulatif Points de divergence avec l'OMS	165

## **2. LISTE DES FIGURES**

<b>Figures</b>	<b>intitulés</b>	<b>page</b>
Figure 1	Evolution du nombre des SSB au Maroc	94
Figure 2	Evolution du nombre d'hôpitaux au Maroc	95
Figure 3	Evolution du nombre des médecins publics et privés au Maroc	97
Figure 4	Evolution du nombre de pharmaciens (publics et privé) au Maroc	99
Figure 5	Source de financement par type d'institution au Maroc	102
Figure 6	Evolution des dépenses totales de santé en % du PIB en Algérie	112
Figure 7	Evolution des dépenses du secteur privé de la santé en % du PIB	113
Figure 8	Répartition des sources de financement par nature	102
Figure 9	Evolution du forfait hospitalier	131

### 3. LISTE DES SCHEMAS

<b>Schémas</b>	<b>intitulés</b>	<b>page</b>
<b>Schéma1</b>	Relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les partenaires de la santé	<b>42</b>
<b>Schéma2</b>	L'articulation entre les la politique nationale de contractualisation et la politique nationale de santé	<b>71</b>
<b>Schéma3</b>	Eléments d'un système de santé	<b>88</b>
<b>Schéma4</b>	Moyens et objectifs des systèmes de santé	<b>90</b>
<b>Schéma5</b>	La logique de la contractualisation en Algérie	<b>129</b>
<b>Schéma6</b>	La place de l'hôpital dans le système de santé	<b>132</b>

# Table des matières

# Table des matières

Dédicaces	
Remerciements	
Sommaire	
Liste des abréviations	

<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
-----------------------------------	----------

<b>CHAPITRE I : FONDEMENTS THEORIQUES ET CONCEPTUELS DE LA CONTRACTUALISATION _____</b>	<b>8</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Introduction..... _____	8
-------------------------	---

<b>I. FONDEMENTS THEORIQUES DE LA CONTRACTUALISATION _____</b>	<b>9</b>
----------------------------------------------------------------	----------

1. La théorie de l'agence _____	10
1.1. Le fondement de la théorie de l'agence _____	10
1.2. Les problèmes auxquels s'intéresse la théorie de l'agence _____	11
1.2.1. Le risque moral _____	11
1.2.2. La sélection adverse _____	11
1.2.3. L'asymétrie d'information _____	12
1.3. Les objectifs de la théorie de l'agence _____	13
1.3.1. Les coûts d'agence _____	
1.3.1.1. <i>Les coûts de surveillance et d'incitation</i> _____	14
1.3.1.2. <i>Les coûts d'obligation</i> _____	14
1.4. L'apport de la théorie de l'agence à l'approche contractuelle _____	15
2. la théorie des coûts de transaction _____	16
2.1. Types de coûts de transaction _____	17
2.1.1. Les coûts de transaction ex ante _____	17
2.1.2. Les coûts de transaction ex post _____	18
2.2. Relation entre type de transaction et structure de gouvernance _____	20
2.3. La théorie des coûts de transaction et l'approche contractuelle _____	21

<b>II. HISTORIQUE ET LA LOGIQUE DE LA CONTRACTUALISATION DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT _____</b>	<b>22</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. Evolution des systèmes de santé des pays en développement _____	22
1.1. La période de cloisonnement _____	23
1.2. La période de consentement _____	24
1.2.1. La première logique _____	24
1.2.2. La deuxième logique _____	25
1.3. Les récentes réformes des systèmes de santé dans les pays en développement _____	26
1.3.1. Les recompositions institutionnelles _____	26
1.3.1.1. <i>La déconcentration</i> _____	26
1.3.1.2. <i>L'autonomie</i> _____	27

1.3.1.3. <i>La décentralisation administrative</i>	27
1.3.2. La logique des interrelations entre les acteurs (contractualisation)	28
2. La contractualisation (définition et caractéristiques)	28
2.1. Définitions	28
2.1.1. Définition d'un « accord »	29
2.1.2. Définition d'une « convention »	29
2.1.3. Définition d'un « contrat »	29
2.1.3.1. <i>Définition juridique</i>	29
2.1.3.2. <i>Définition économique</i>	29
2.2. Classification des contrats	30
2.2.1. Classification juridique	30
2.2.1.1. <i>Les contrats administratifs d'adhésion</i>	30
2.2.1.2. <i>Les contrats unilatéraux négociés</i>	30
2.2.1.3. <i>Les actes mixtes</i>	31
2.2.2. <i>Classification économique</i>	31
2.2.2.1. <i>Contrat complet</i>	31
2.2.2.2. <i>Contrat incomplet</i>	32
2.3. Arrangement contractuel (relation contractuelle)	33
2.3.1. Définition d'un arrangement contractuel	33
2.3.2. Les logiques de la relation contractuelle	34
2.3.2.1. <i>La logique de « faire faire »</i>	34
2.3.2.2. <i>La logique de « faire ensemble »</i>	34
<b>III. TYPOLOGIE DES RELATIONS CONTRACTUELLES</b>	<b>34</b>
1. Une relation contractuelle basée sur une délégation de responsabilité	35
1.1. Relation contractuelle de type public- privé	35
1.1.1. Une délégation à un opérateur privé	35
1.1.2. Contrat d'association au service public	37
1.2. Relations contractuelles de type public-public	37
1.2.1. Contrat liant l'Etat et les collectivités territoriales	38
1.2.2. Contrat liant l'Etat et ses institutions autonomes	38
1.2.3. La contractualisation interne	39
2. Relations contractuelles basées sur un acte d'achat	39
2.1. Relation entre les détenteurs de fonds et les prestataires de services de santé	40
2.2. Relations contractuelles entre les prestataires de services de santé et les partenaires du secteur de la santé	41
3. les relations contractuelles basées sur la coopération	
3.1. Les relations à interpénétration organisationnelle faible	43
3.1.1. Le franchising	44
3.1.2. Coopération entre établissement de soins et association de bénévoles	44
3.1.3. La coopération au sein d'un réseau	45
3.1.4. La coopération entre les élus locaux et les spécialistes de la santé	45
3.1.5. Les coopérations entre les gouvernements et les partenaires au développement dans le cadre des « SWAPS »	45
3.1.6. La coopération dans le cadre des accords de partenariat	46
3.2. Les accords à interpénétration organisationnelle forte	47
3.2.1. La cogestion	47
3.2.2. Les alliances	47
Conclusion	<b>48</b>

## CHAPITRE II : LE CADRE OPERATIONNEL DE LA CONTRACTUALISATION 50

Introduction .....	50
--------------------	----

### I. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE RELATION CONTRACTUELLE \_\_\_\_\_ 51

1. Les facteurs qui incitent les acteurs à s'engager dans une relation contractuelle _____	51
2. La capacité juridique des acteurs _____	52
3. Les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle _____	53
3.1. PHASE I: Préparation d'une relation contractuelle _____	53
3.1.1. Identification des acteurs _____	55
3.1.2. La reconnaissance des acteurs identifiés _____	55
3.1.2. L'organisation _____	56
3.1.2.1. <i>Le rôle de chaque acteur dans une relation contractuelle</i> _____	56
3.1.2.2. <i>Diagnostic</i> _____	56
3.2. PHASE 2: La formalisation de la relation contractuelle _____	59
3.2.1. Etape de la négociation _____	59
3.2.2. Etape de rédaction de contrat _____	59
3.2.3. Validation d'un contrat _____	60
3.3. PHASE 3 : La mise en œuvre du contrat _____	62
3.3.1. Les principes d'application du contrat _____	62
3.3.2. Avenants et ruptures _____	63
3.3.3. Le contrôle _____	63
3.4. PHASE 4: Fin du contrat _____	63
3.4.1. Le renouvellement _____	63
3.4.2. La renégociation _____	64
3.4.3. L'arrêt _____	64

### II. LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET LA POLITIQUE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION \_\_\_\_\_ 64

1. La politique de santé _____	64
1.1. La politique nationale de santé _____	64
1.2. Le cadre systémique de la contractualisation _____	65
2. Les politiques de contractualisation _____	66
2.1. La politique globale de contractualisation _____	66
2.1.1. Les axes stratégiques de la politique contractuelle _____	67
2.1.2. Les conditions à vérifier dans une politique de contractualisation globale _____	68
2.1.3. Les principes de la politique globale de contractualisation _____	69
2.2. La politique contractuelle spécifique _____	69
2.2.1. Les domaines de la politique contractuelle spécifique _____	70
2.2.2. L'articulation entre les politiques contractuelles globales et les politiques contractuelles spécifiques _____	71
2.2.3. Les stratégies de la mise en application des PGC et PSC _____	72
2.2.3.1. <i>La stratégie « TOP-DOWN »</i> _____	72
2.2.3.2. <i>La stratégie « BOTTOM-UP »</i> : _____	72

3. Les acteurs d'une politique contractuelle	73
3.1. L'acteur public	73
3.1.1. L'Etat acteur dans une relation contractuelle	73
3.1.2. L'Etat comme régulateur des relations contractuelles	74
3.2. Les acteurs privés	76
3.2.1. Les acteurs privés à but lucratif	76
3.2.2. Les acteurs privés à but non lucratif	76
<b>III. ELABORATION D'UN DOCUMENT D'UNE POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION ET EVALUATION</b>	<b>77</b>

1. Elaboration d'un document d'une politique contractuelle	
1.1. ETAPE I : la décision politique	78
1.2. ETAPE 2 : désignation d'un comité technique	78
1.2.1. La conduite du processus	79
1.2.2. La rédaction du document	79
1.2.3. La sensibilisation	79
1.3. Etape 3: lancement du processus	79
1.3.1. Les rencontres avec les acteurs	79
1.3.2. La recherche d'information	80
1.3.3. Précision des grands axes de document	80
1.4. ETAPE 4 : rédaction de document	80
1.5. ETAPE 5: phase de discussions	80
1.6. ETAPE 6: validation et lancement	80
1.6.1. Une validation interne	81
1.6.2. Une validation externe	81
2. L'évaluation de la contractualisation	81
2.1. Définition	81
2.2. Les types de l'évaluation	82
2.2.1. L'évaluation normative	82
2.2.2. Evaluation contextuelle	82
2.3. Les acteurs de l'évaluation	84
2.4. Les objectifs de l'évaluation	84
Conclusion	85

## **CHAPITRE III : LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN ET MAROCAIN \_\_\_\_\_ 87**

### **Introduction .....87**

#### **I. QUELQUES NOTIONS SUR LES SYSTEMES DE SANTE \_\_\_\_\_ 88**

1. Définition d'un système de santé	88
2. Classification des systèmes de santé	89
3. Objectifs des systèmes de santé	90

#### **II. LE SYSTEME DE SANTE MAROCAIN \_\_\_\_\_ 93**

1. L'offre de soins au Maroc et les ressources humaines au Maroc	93
------------------------------------------------------------------	----

1.1. L'offre de soins au Maroc	93
1.1.1. Le secteur public	93
1.1.2. Le secteur privé à but lucratif	97
1.1.3. Le secteur privé à but non lucratif	97
1.2. Les ressources humaines	98
1.2.1. Les médecins	98
1.2.2. Les pharmaciens	99
1.3. Les chirurgiens dentistes	100
2. Financement de secteur de la santé et la couverture médicale au Maroc	101
2.1. Les dépenses de santé	101
2.2. Répartition des dépenses de santé	102
2.3. Sources de financement de la santé	102
2.3.1. Source de financement par type d'institution	102
2.3.2. Source de financement par nature de financement	103
2.4. La couverture médicale au Maroc	
2.4.1. Les mutuelles des agents publics	104
2.4.2. Le régime interne	104
2.4.3. La caisse mutualiste interprofessionnelle marocaine	105
2.4.4. Les compagnies d'assurance privées	105
3. Les récentes réformes du système de santé	105
3.1. Orientations stratégiques de la réforme du système de santé	105
3.2. Séparation entre financement et production de soins	106
3.3. Séparation entre la régulation et la gestion des établissements	106
3.4. La réforme de la régulation	106
4. Les faiblesses du système de santé marocain et les axes stratégiques des réformes	107
4.1. Les faiblesses de du système de santé marocain	107
4.2. Les axes stratégiques de la réforme	108
<b>III. LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN</b>	<b>109</b>
1. Organisation de l'offre de soins et la couverture sanitaire en Algérie	109
1.1. Organisation de l'offre de soins en Algérie	109
1.1.1. Le secteur public	109
1.1.2. Le secteur privé	111
1.2. Organisation de la couverture sociale en Algérie	112
1.2.1. Les missions des caisses de sécurité sociales	112
1.2.2. Le déséquilibre financier des caisses de sécurité sociale	115
1.2.3. Les taux de cotisation	116
2. Financement de la santé et ses dépenses en Algérie	117
2.1. Financement de la santé en Algérie	117
2.2. Les dépenses de santé	118
2.2.1. Les dépenses privées	119
2.2.2. Les dépenses publiques de santé	120
3. Les dysfonctionnements majeurs du système de santé algérien	121
4. les axes et les objectifs majeurs de la réforme hospitalière en Algérie	
4.1. Les axes de la réforme hospitalière	123
4.2. Les objectifs majeurs de la réforme hospitalière	125

## CHAPITRE IV : LA CONTRACTUALISATION EN ALGERIE ET AU MAROC 127

Introduction \_\_\_\_\_ 127

### I. LA CONTRACTUALISATION EN ALGERIE \_\_\_\_\_ 128

1. La problématique du financement de la santé en Algérie _____	128
1.1. Les facteurs de l'augmentation des dépenses de santé en Algérie _____	128
2. La logique de la contractualisation en Algérie _____	130
2.1. Evolution du montant du forfait hôpitaux _____	131
2.1.1. Les forfaits hôpitaux de point de vue de la CNAS _____	132
2.1.2. Les forfaits hôpitaux de point de vue des hôpitaux _____	133
3. Concrétisation de l'idée de la contractualisation en Algérie _____	134
3.1. Rappel historique _____	134
3.2. Les travaux du comité interministériel _____	135
4. Le déroulement de l'opération _____	139
4.1. Les étapes de la mise en œuvre _____	139
4.1.1. L'étape de simulation _____	139
4.1.2. Implication du niveau inférieur dans la contractualisation _____	142
4.1.3. Etape de la démarche globale _____	142
4.1.4. Les instructions dressées à chaque intervenant _____	143
4.1.4.1. Aux gestionnaires des établissements publics de santé _____	143
4.1.4.2. Au niveau des antennes de sécurité sociale _____	144
4.1.4.3. Le rôle des directeurs d'agence des organismes de la sécurité sociale _____	144
4.1.4.4. Les directeurs de l'action sociale de wilaya (DAS) _____	144
4.2. L'information et la communication _____	145
4.3. L'évaluation _____	145

### II. LA CONTRACTUALISATION AU MAROC \_\_\_\_\_ 147

1. Les relations contractuelles basées sur un acte d'achat _____	148
1.1. Relation contractuelle dans le cadre des marchés publics _____	148
1.1.1. Relation contractuelle avec les acteurs non médicaux _____	148
1.1.2. Relation contractuelle basée sur la délégation des grands ouvrages _____	149
1.1.3. Relations contractuelles basées sur l'assistance technique _____	149
1.2. Relations contractuelles basées sur l'externalisation _____	150
1.2.1. Externalisation de la gestion des déchets hospitaliers _____	150
1.2.2. Externalisation de la paie des personnels _____	151
1.3. Les ressources humaines _____	151
1.3.1. L'achat de la prestation médicale _____	151
1.4. Relation contractuelle dans le cadre de la location _____	152
1.4.1. Location de bâtiments _____	152
1.4.2. Location des équipements médico-technique d'hémodialyse _____	152
1.5. Les RC entre CNTS et les centres relevant du secteur public _____	153
1.5.1. Convention avec les centres hospitaliers SEGMA _____	153
1.5.2. Les contrats conclus avec les CHU _____	153
1.6. Les RC avec les établissements privés de formation aux carrières de santé _____	153
1.7. Expériences spécifiques dans le domaine de la maintenance _____	154
2. Les relations contractuelles basées sur la délégation de responsabilité _____	154
2.1. Expérience de contrat plan avec les CHU _____	155

2.2. Expérience de la contractualisation interne avec les régions sanitaires basées sur le Budget programmes.	156
2.3. Expérience de la contractualisation avec les CHP SEGMA	156
3. Relation contractuelles basées sur le partenariat	157
3.1. Partenariat avec les ONG	158
3.2. Partenariats avec les services de coopération et les organisations internationales	160
3.3. Partenariat avec les collectivités locales	160
3.4. Partenariat avec les biens bienfaiteurs	161

### **III. QUELQUES POINTS DE COMPARAISON \_\_\_\_\_ 162**

1. Comparaison entre les deux pays (Algérie et le Maroc)	162
1.1. Les domaines de l'application	162
1.2. L'ancienneté et l'état d'avancement	163
1.3. Les objectifs visés	163
2. Comparaison avec le cadre normatif de l'OMS	164
2.1. Maîtrise du processus	165
2.2. L'approche systémique	165
2.3. La politique nationale de contractualisation	166
2.4. L'importance de l'évaluation	166
Conclusion	167

**CONCLUSION GENERALE..... 168**

**ANNEXES .....172**

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET SCHEMAS**

**TABLE DES MATIERES**

**RESUMES**

# Résumés

## 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.

Les systèmes de santé algérien et marocain connaissent, ces deux dernières décennies, de très grandes mutations et un vaste chantier de réformes. Ces dernières se basent essentiellement sur deux logiques : la première, étant institutionnelle, consiste à instaurer la logique de la décentralisation, la déconcentration, l'autonomie, etc. La deuxième est interrelationnelle, émergée suite à l'apparition de nouveaux acteurs dans le secteur de la santé, qui vise à réorganiser les relations entre les différents acteurs par le moyen de la contractualisation.

La contractualisation vient donc pour donner une nouvelle organisation des systèmes de santé. Pour maîtriser cette nouvelle technique, l'OMS a élaboré un modèle de son application à travers des rapports, des guides, de l'organisation des réunions et des journées de formation pour expliquer les principes d'une mise en œuvre correcte de la contractualisation. Elle a aussi invité tous les pays membre à l'adopter et la mettre au centre de leurs réformes.

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.

## ملخص

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

لقد عرفت الأنظمة الصحية لهذه الدول (الجزائر و المغرب) في العشريتين الأخيرتين تطورات عديدة فأصبحت ورشة كبيرة من الإصلاحات التي تصنف إلى منهجين أساسيين ; الأول يتمثل في إصلاحات مؤسسية و تشجع الأمركية, الاستقلالية, التخصص, ... أما الثانية, التي ظهرت نتيجة بروز نشاطا جدد في قطاع الصحة, كانت مبنية على العلاقات بحيث كان هدفها أعادت تنظيم العلاقات بين النشاطا الجدد هذه العلاقات ستبنى على التعاقد

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

## **Abstract**

Contracting, as it is applied in health systems, is a recent technique, but it is continuously becoming more frequent in developing countries, such as the Maghreb countries like Algeria and Morocco.

During the last decade, the Algerian and Moroccan health systems have seen deep mutations, and a great number of reforms. These reforms are based on two logical grounds:

The first logic, being institutional, consists of decentralization, deconcentration, and autonomy.

The second logic, which is inter-relational, is pushed by the emergence of new actors in the health system. It aims at reorganizing relations between the different actors in the health system by means of Contracting.

Contracting has, therefore, as its primary aim, the reorganization of the health system. In order to succeed in implementing this newly introduced technique, the WHO has elaborated a model for its implementation through the use of reports, guidelines, meetings, and specific instruction aimed at clarifying the principles of a right implementation of Contracting. The WHO has also encouraged all member countries to adopt these principles, and to place them at the centre of their reforms.

As is the case with the majority of developing countries, Algeria and Morocco have placed Contracting at the centre of their health system reforms. But, in which way?

This work aims at analyzing Contracting as a model, as it is elaborated by the WHO, then we give a general idea of the ways it has been applied in these two countries. Based on some elements of comparison, a number of recommendations have been suggested.

**Key words:** Contracting, health system, Algeria, Morocco.

## 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.

Les systèmes de santé algérien et marocain connaissent, ces deux dernières décennies, de très grandes mutations et un vaste chantier de réformes. Ces dernières se basent essentiellement sur deux logiques : la première, étant institutionnelle, consiste à instaurer la logique de la décentralisation, la déconcentration, l'autonomie, etc. La deuxième est interrelationnelle, émergée suite à l'apparition de nouveaux acteurs dans le secteur de la santé, qui vise à réorganiser les relations entre les différents acteurs par le moyen de la contractualisation.

La contractualisation vient donc pour donner une nouvelle organisation des systèmes de santé. Pour maîtriser cette nouvelle technique, l'OMS a élaboré un modèle de son application à travers des rapports, des guides, de l'organisation des réunions et des journées de formation pour expliquer les principes d'une mise en œuvre correcte de la contractualisation. Elle a aussi invité tous les pays membre à l'adopter et la mettre au centre de leurs réformes.

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.