

REMERCIEMENTS

Du plus profond de moi-même et comme toujours, je remercie pleinement Dieu le tout Puissant de m'avoir aidé et guidé à réaliser le présent travail. Rien n'a de finalité sans la Puissance, la Bonté et la Volonté de Dieu (Allah).

J'exprime mes plus vifs remerciements à mon directeur de thèse : Monsieur le Professeur des universités **Ahmed Touil** ; de l'université Aboubekr Belkaid de Tlemcen, Faculté des Sciences Economiques des sciences de Gestion et des Sciences Commerciales, pour sa disponibilité, sa patience et ses compétences, qui a bien voulu diriger ce travail tout au long de sa réalisation. Qu'il trouve ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

J'adresse aussi mes remerciements les plus sincères à :

Monsieur le professeur des universités **Chaib Bounoua** ; de l'université AbouBekr Belkaid de Tlemcen, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, qui a fait l'honneur d'accepter de présider le jury de soutenance de cette thèse et qui fût mon directeur de mémoire de magister et pour lequel je suis tant reconnaissant. **J'adresse également mes remerciements pour Messieurs les membres du jury :**

-Le Professeur **Allal Bourahla** ; de l'université de Sidi Belabbes,

-Le Professeur **Abdelaziz Salem** , de l'université d'Oran ,

-Le Professeur **Rachid Youcefi** , maître de conférence de l'université de Mostaganem,

-Le Dr. **Nasreddine Beddi** , maître de conférence de l'université de Tlemcen ,

Qui ont bien voulu accepter d'enrichir ce travail par leur jugement en leur qualité d'examineurs. J'ai particulièrement apprécié votre écoute attentive, votre patience et vos conseils avisés.

Ma considération particulière au Professeur **Benbouziane** Mohammed ; au doyen de la faculté des Sciences Economiques de Tlemcen le Professeur Abdeslam **Bendiabdellah** ; au vice doyen de la faculté des Sciences Economiques Mr Salim **Benloulou** ; à Mr Abdelhak **Benamar** ; ainsi que Mr Aderezzak **Malache** ; pour leur soutien et encouragements à l'égard de ma mission. J'adresse également mes remerciements les plus vifs ; à la directrice du CHU de Tlemcen Mme Fatima Zohra Ismail ; Mr le directeur **Lallama** Abdelhalim ; le Professeur **Yacine Khaldi** du « CPMC » d'Alger. Mes remerciements. Mes remerciements également à Dr Mohamed **Benaouda** (Biophysicien, laboratoire CHU de Tlemcen) ; Dr Mourad **Gherras** (Neurochirurgien au CHU de Tlemcen). Mes remerciements à tous les membres du comité de lecture de la revue « techniques hospitalières » de la fédération Française de France et particulièrement à Mme **Céline Bruant** , et la directrice de la revue , **Prof. Mme Marie Christine Brunier**, qui m'ont permis de communiquer avec les universitaires et professionnels de la santé de France.

Aux administrateurs du CHU de Tlemcen ; le directeur des finances Mr **Zehar** Benali ; les agents de la structure calcul des coûts. Mr **Benyoucefi** Kheireddine (Informaticien).

Aux administrateurs de la direction départementale de la santé de la wilaya de Tlemcen ; Mr **Allam** Belkacem , Melle Samira **Bouzouina** ; pour m'avoir aidé et les prie de bien vouloir trouver ici l'expression de mon profond respect et ma parfaite reconnaissance.

Mes remerciements également à : Mr **Belaidi** Sofiane, ingénieur informaticien de l'université de Tlemcen. Mr **Bentalha** Mounir (ingénieur). Ceci étant, je tiens à exprimer ma reconnaissance et ma sympathie à tous ceux qui m'ont témoigné confiance, amitié et m'ont aidé de près ou de loin aux fins de parachever cet humble travail.

DEDICACES

Je dédie ce travail, consécration de mes longues années d'études, et fruit d'un travail de longue haleine ;

A mon très regretté père Larbi Khaldi, que Dieu le bénisse et l'accueille dans son vaste paradis ; A ma très chère mère Kheira Benazza, qui m'a tant chéri et à qui je souhaite une longue vie et beaucoup de bonheur inchallah. Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance et de gratitude pour m'avoir donné les moyens nécessaires à mon épanouissement ; A mes frères, à mes sœurs.

A mon cher directeur de thèse ; Monsieur le professeur Ahmed Touil ; avec qui j'ai beaucoup appris sur le plan de la recherche, et de la science économique en particulier. Je le remercie pour sa disponibilité ; pour son attention toujours présente ; et de l'intérêt qu'il a porté à ce travail.

Je dédie également ce travail, à mon cher professeur Chaib Bounoua ; pour m'avoir longuement accompagné par ses orientations vis-à-vis de mon travail de recherche.

A tous ceux qui m'ont aidé dans mes travaux de près ou de loin.

A la mémoire de nos collègues universitaires : Le Dr Moulay Khatir Rachid de la faculté des Sciences Economiques de Tlemcen ; Le Professeur Benhamou Mohamed ainsi que, le Dr Mohamed Bouhafs de la faculté de droit de l'université de Tlemcen. A la mémoire de mes amis ; Said Ouafi et Tayeb Maradji du service national (Alger) ; ainsi que Mohammed Baki et Laredj Benchaib du bureau des entrées du CHU de Tlemcen ; Puisse Dieu les accueillir dans son vaste paradis.

Je dédie également ce travail à la mémoire de mes anciens professeurs de l'université d'Oran, Abderrahmane Fardeheb ; ainsi que Menouar Soufi de l'université de Tlemcen.

A la mémoire du Professeur Pierre Chaulet, pour avoir longtemps milité pour la cause nationale ; ainsi que pour avoir été le fondateur du système de santé national.

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

Introduction générale.

Cette présente étude fait l'objet d'une approche analytique de type micro-économique portant sur le mode d'évaluation des prestations effectuées ; au sein des établissements hospitaliers publics Algériens. Une analyse sera faite sur les pratiques de gestion comptables et financières jusqu'ici entamées par les pouvoirs publics qui à l'effet devraient aider les gestionnaires et décideurs à mieux maîtriser les dépenses publiques. Ce travail s'articule autour de la conception ; l'intégration des procédés servant à l'évaluation et la gestion des coûts produits par les établissements hospitaliers publics dans le projet de contractualisation entre les bailleurs de fonds ; les prestataires et les consommateurs de services. Le mode d'organisation de l'institution publique hospitalière Algérienne est-il en mesure d'adopter les outils et méthodes de gestion modernes propres au management hospitalier. Quel système faudrait-il instaurer pour rationaliser les ressources et moyens.

D'autre part, la politique du système des soins revêt une importance particulière dans les programmes de développement de tous pays en quête d'amélioration de la de la vie des citoyens. Le système de santé dévoile les conditions de prise en charge des besoins sociaux d'un pays donné. Pour ce qui concerne l'Algérie, le système mis en place avait pour objectif de remplir une fonction purement sociale. La couverture du risque maladie par la sécurité sociale, permet à chacun de pouvoir bénéficier des soins aussi coûteux soient-ils. Dispensateur d'une médecine d'urgence l'hôpital est devenu le lieu de diagnostics et de soins , de tous les cas aigus qui ne peuvent être traités en extra hospitalier. L'accroissement du niveau de vie, le développement de l'hygiène, le progrès de la médecine, ont modifié les attitudes envers la santé. Ce changement est perceptible dans la forte augmentation des dépenses de santé parmi lesquelles les dépenses en milieu hospitalier occupent une place prépondérante. Le mode de vie actuel contribue à l'apparition des différentes pathologies. En effet, cette nouvelle perception de la santé, a entraîné de la part des différentes catégories sociales un recours aux soins de plus en plus fréquent. La haute technicité a produit de nouvelles thérapeutiques que doit fournir l'hôpital. La haute technicité a produit de nouvelles thérapeutiques que doit fournir l'hôpital. L'hôpital est contraint parallèlement à améliorer la qualité de ses offres soins et hébergement, il en est devenu ainsi une institution très coûteuse à l'Etat . L'hôpital est contraint parallèlement à améliorer la qualité de ses offres soins et hébergement, il en est devenu ainsi une institution très coûteuse à l'Etat. C'est pourquoi il fait actuellement l'objet de nombreuses observations études et calculs économiques. Il se trouve de plus en plus comparé à une entreprise ; on le voudrait rentable. Paradoxalement ce qui le différencie de l'entreprise ; c'est peut être le fait que les usagers ne sont que très partiellement les payeurs véritables. Les lourdes sommes mises en jeu font que à l'instar des organismes payeurs, sont introduites à l'hôpital des méthodes de gestion moderne et des tentatives de rationalisations des programmes et orientations propre à un service public. Sur la base d'un niveau de ressources allouées à la santé et partant d'un budget global limité l'analyse économique de ce secteur sur le plan micro et macro devrait permettre de trouver des critères d'allocation optimale. Contrairement aux activités économiques, les activités sociales telle que la santé ne s'apprennent pas aussi facilement à l'analyse économique du fait de leur spécificité.

Le secteur de la santé se caractérise par l'incertitude «L'économie de la santé comme toute discipline à vocation scientifique a pour objet l'explication des phénomènes qui constituent son

Introduction générale

champ d'analyse »¹Le champ dans ce domaine est constitué par l'interaction permanente du système de santé et du système économique et social. Toute connaissance scientifique est orientée vers la transformation du réel mais ce ne sont pas nécessairement ceux qui ont à produire la connaissance qui ont la charge de transformer le réel, ils doivent par ailleurs prendre en considération les actions menées ; réfléchir sur leur efficacité analyser les échecs, dégager les obstacles pour permettre un meilleur rendement .

La préoccupation majeure des gestionnaires se situe essentiellement sur le plan microéconomique à savoir l'évaluation en termes de coûts et de prix à payer. La question étant de savoir comment arriver à définir un prix de revient. La réponse a été déjà projetée par les experts et gestionnaires des établissements de santé d'outre mer et nationaux qui ont proposés en supplément aux techniques comptables usuelles des outils d'évaluation qui peuvent répondre à la problématique posée. Au sein de nos hôpitaux ; le prix de revient de journée ne reproduit guère les données réelles les budgets prévisionnels sont estimés par effet de simulation, ne tenant pas compte de la production hospitalière réelle. Dans l'objectif de cerner les coûts nous avons essayé de présenter une procédure qui a été validée par les pouvoirs publics. C'est ainsi que la direction centrale chargée de l'évaluation du contrôle des coûts du ministère de la santé a mis au point une organisation dans l'objectif de réaliser une architecture capable de répondre aux attentes des gestionnaires d'une part et aux décideurs d'autres part. On doit faire remarquer que le système de santé algérien n'est pas doté d'un réseau informatique intégré permettant de collecter toutes les informations dont a besoin le gestionnaire ainsi que les praticiens. Le système d'information existant ; devant nous permettre de collecter les données de base se situe à l'état primitif et ne peut renseigner sur la situation réelle. Il est évident que vu le constat qui a été fait à savoir, absence d'un réseau informatique intégré : (programme médicalisé du système d'information)² ; n'est t'il pas logique de se poser la question de savoir quel serait le modèle que l'on doit développer pour atteindre les objectifs de la réforme. Nous savons que les pays comme la Belgique ou la France ont mis plus de vingt années consécutives pour affiner leurs systèmes d'évaluation .Les techniques d'approche des coûts sont semblables pratiquement ; les européens ont emprunté le modèle américain ,le cas de la France et de la Belgique à titre d'exemple .Comme la technique comptable analytique se présente comme l'outil indispensable du calcul des coûts , une analyse critique sera portée sur la méthodologie entreprise par les gestionnaires des établissements publics de santé notamment la mise en œuvre de la méthode des sections homogènes comme préalable à l'instauration du P.M.S.I. :(programme médicalisé du système d'information) . Tout au long de notre parcours, nous nous efforcerons

¹ Destane DeBernis in « Cours d'économie de santé » 1984. Ses deux principales contributions à l'analyse économique sont le développement d'une théorie du développement (années 1950-1960) et la mise en œuvre d'une analyse originale du capitalisme en termes de régulation (années 1970-1990). En économie du développement, De Bernis introduira le concept d'« industrie industrialisant ». L'idée défendue est que certaines industries (lourdes) peuvent jouer un rôle de moteur dans le développement d'une économie. Contrairement aux théoriciens de la déconnexion (Samir Amin ; André Gunder Frank), De Bernis conçoit le développement avec une ouverture sur l'extérieur. Mais cette ouverture doit être maîtrisée par l'Etat afin que les industries connaissent leur essor. De Bernis a pu mettre en pratique ses idées à travers l'expérience algérienne.

² P.M.S.I. : Le programme de médicalisation du système d'information . étant un ensemble de logiciels conçus spécifiquement pour la gestion et le traitement de l'information médicale et économique ; implanté initialement dans les structures de santé anglo-saxonnes et mis en place par le Professeur **Fetter** de l'université de Yale (Etats Unis) et repris par la suite pour l'ensemble des établissements de santé Européens .Ce système d'information hospitalier (S.I.H) remonte aux années 1960 .Les développements des premiers (S.I.H.) ont permis notamment la concrétisation des actes médicaux récéncés par nature (CDAM/1985) ; le code acte est représenté par quatre caractères et chaque acte est associé un indice de coût relatif (I.C.R.).L'IC.R. permet de chiffrer le poids économique de l'acte :ex :appendicectomie pour appendicite aigue : « L.220050ALX ».

Introduction générale

d'introduire certains outils et connaissances théoriques, adoptées par des pays comme la Belgique et la France, relevant de la gestion hospitalière ; seront évoquées entre autres, les difficultés de la mise en place de la comptabilité analytique hospitalière, que nous avons du mal à instaurer aux seins des hôpitaux Algériens et ce ; en raison de plusieurs facteurs contraignants.

A. Problématique: L'hôpital public étant le support d'un service collectif ; c'est à dire d'un produit largement indivisible , et difficile à cerner quant à la mesure des coûts et à et de l'appréciation de l'efficacité des prestations produites. Le financement de ses activités est soumis aux aléas dictés par les règles de la comptabilité publique ; Le pouvoir de « monopsonne » absolu détenu par les organismes payeurs et du trésor public en font des prix politiques. Aux règles de rigidité administrative on notera ; que les délais excessifs de paiements en provenance des bailleurs de fonds induisent, des crises endémiques de la trésorerie et perturbent l'autonomie financière de l'établissement hospitalier. D'autre part, la fixation du prix s'opère de manière anticipée.

Si la responsabilité des gestionnaires publics, n'étant pas entièrement induite, c'est que les prévisions budgétaires qui, définies par la tutelle, se basant sur le principe de coûts moyens produits, à l'effet des exercices budgétaires antérieurs. C'est ainsi que toute diminution de la durée moyenne de séjour, entraîne une sous évaluation du coût global réalisé par l'établissement ; traduisant une hausse du prix de revient, de la journée d'hospitalisation. La rationalité économique se définit par une logique comptable, devant aider à la recherche d'une « vérité prix ». Ce que l'on constate dans la réalité; l'hôpital public Algérien, ne disposant pas d'une architecture comptable capable d'accomplir cette mission d'analyse, d'évaluation, et de maîtrise des coûts. La comptabilité analytique, jusqu'ici ignorée ne s'applique que difficilement, dans une institution telle l'hôpital ; étant donné la particularité des produits de soins. Dans les entreprises privées économiques, la gestion évolue constamment. Dans le secteur public, la gestion financière des organisations obéit à des règles qui respectent simplement les dépenses d'un budget.

A travers le constat actuel de l'établissement hospitalier public algérien, on se propose de cerner la problématique d'ensemble, en énumérant quelques hypothèses, qui semblent cependant essentielles. La question centrale se présente, sous forme d'une analyse critique, du mode de gestion et de calcul des coûts, propre aux structures de santé publiques algériennes.

1. Le mode d'organisation de l'institution publique de soins ; est il en mesure d'adopter les outils et méthodes de gestion modernes, propres au management hospitalier .Quel système faudrait il cependant instaurer pour rationaliser les moyens.

2. Le problème de la maîtrise des coûts, n'est-il pas lié directement ou en partie, à la question de l'évaluation économique, comptable et financière. Est-il donc indispensable d'intégrer, les outils de gestion, tels qu'ils se présentent dans les entreprises à caractère économique et commercial. (Contrôle de gestion-audit interne –externe)...

3-Comme cadre d'analyse de l'efficience ; et du niveau de rentabilité de la production des prestations hospitalières, la comptabilité analytique « hospitalière » ; n'est elle pas le cadre essentiel à instaurer, afin de garantir la maîtrise des coûts. La mise en pratique de la comptabilité analytique est-elle en mesure, de répondre à la question du prix de revient de journée hospitalière.³ dans le

³ Coût de journée hospitalière : Représente l'unité de mesure clé de l'activité hospitalière. Le coût de journée intègre les consommations de charges médicales ainsi que les différentes charges indirectes calculées au prorata des prestations servies .Avant 1983 en France ; les hôpitaux publics étaient financés selon les prix de journées historiques(Année N-1) ;ces prix de journées résultaient du rapport entre montant total des dépenses d'exploitation courante et le nombre prévisionnel de journées d'activité. Réf. chap.« Evolution des régimes budgétaires : (comptabilité hospitalière) »P.131-Evelyne Augier-Les études hospitalières –édition 2003.France. En Algérie ; le budget est décidé en rapport avec la capacité d'accueil de l'établissement ainsi que le nombre de journées réalisées .

Introduction générale

cadre de la réforme ; et dès l'année (2004) les structures de santé publiques , furent dotées d'un guide, sous forme de canevas , ayant pour objectif l'instauration de la comptabilité analytique, ainsi que la création d'une structure « calcul des coûts » ; ayant pour charge : d'asoir une architecture comptable ; de collecter les l'information médicale ,économique, comptable et administrative ; ainsi que le calcul des coûts de journées ; et de quelques indicateurs cliniques avec l'usage de la méthode des sections homogènes ; en dépit de l'absence d'un système d'information intégré .

4. Le dualisme comptabilité publique, et normes de gestions d'entreprise moderne ,à caractère lucratif , ne constitue t-il pas une entrave à la progression de l'institution hospitalière publique; dans la mesure ou celle ci , est appelée à être concurrentielle , et complémentaire au secteur privé de prestation de soins.

5. Les indicateurs classiques de mesure, de l'activité clinique (le victoria, le nombre de journées d'hospitalisation la nomenclature des actes non actualisée) ; sont insuffisants pour l'évaluation de l'activité hospitalière dans sa totalité.Est-il nécessaire d'intégrer d'autres indicateurs ; dans le calcul des dépenses Médico-économiques. Quels seraient dans ce cas les moyens à mettre en œuvre ; pour mesurer les coûts , et quelle serait la démarche à entreprendre , pour l'adoption d'un système de calcul des coûts qui soit basé sur « une tarification par type de pathologie ». Concernant le système de soins Algérien ; y aurait il une urgence pour mettre en place ; un processus d'évaluation des pratiques médicales, répondant à des impératifs d'ordre technique et économique ; partant du principe que l'évaluation de la qualité, des activités liées à la production de soins ; pourrait dans une certaine mesure améliorer les pratiques médicales, et la gestion de l'offre de soins. A l'image des systèmes de santé européens ; n'est-il pas nécessaire de réorganiser le marché des soins en soumettant les établissements au principe «d'accréditation» ; dont la finalité étant de vérifier les normes préétablies, en matière de sécurité et de qualité des soins.⁴ Eu égard aux nouveaux modes de gestion des établissements de santé publics et privés, mis en application, par la majorité des pays incluant même des Etats, ayant opté pour une médecine « sociale » , et dans l'objectif de préparer les dispositifs de la « contractualisation »⁵ ; n'est il pas indispensable et urgent ; d'instaurer un système d'information fiable, répondant à la spécificité de l'organisation ; et qui aura pour objectif de clarifier les affectations de ressources ; à partir de l'évaluation des coûts de production, des différentes activités du secteur de la santé.

Choix Méthodologique: Le choix méthodologique adopté pour l'étude ; se réfère au type hypothético-déductif car il s'agit de confronter un ensemble d'apports théoriques relatifs à quelques systèmes d'évaluation en usage notamment en (France et Belgique) avec les pratiques en usage au sein de nos structures de santé, essentiellement en matière de calcul des coûts. La deuxième démarche relève de la méthode inductive, qui consiste en l'usage de la méthode « **ABC** » associée à la méthode traditionnelle « méthode des sections homogènes ; une technique qui semble avoir rapproché les « coûts », le maximum possible à l'activité réelle, et dont nous proposons son adoption par les établissements de santé publics algériens à l'avenir ; dès que les conditions de sa mise en application soient réunies.

Afin d'identifier le procédé de calcul des coûts ; entrepris dans les structures de santé publiques nationales ; nous avons porté l'étude , sur un échantillon composé de l'ensemble des structure de

⁴ L'accréditation : attribution d'une agence publique centralisée qui a pour rôle de contrôler les moyens et les procédures mis en place dans une structure de Soins.

⁵ Passage au mode contractuel entre le représentant de l'Etat (une agence de contrôle) et les établissements de santé (contrat d'objectifs et de moyens) ayant pour finalité la réduction des coûts et la recherche de l'efficience.

Introduction générale

santé relevant de la wilaya de Tlemcen (13 structures entre établissements et centres hospitaliers) a été sélectionné pour effectuer l'analyse des données statistiques et l'appréciation de l'état d'avancement du système d'évaluation des coûts entamé par les structures publiques dans le cadre de la réforme tant sur le plan de l'organisation que sur le plan des méthodes de gestion .

-Les objectifs de la méthode : Les objectifs de la méthode conjuguée (méthode ABC et sections homogènes) consiste à évaluer le coût réel de la prise en charge des patients pour des pathologies différentes (les études de cas pris séparément) .Les activités sont définies en fonction du circuit des patients .cette prise en charge se définit par rapport à des étapes précises : admission à la consultation , étape de pré-anesthésie ; étape en per-opératoire ; et prise en charge en hospitalisation -la définition de la méthodologie du calcul des coûts utilisée: 1-l'identification des activités : qui servira à affecter les ressources en fonction des quantités réellement utilisées à travers toutes les étapes de la prise en charge des patients .2-L'évaluation du coût de chaque activité : qui consiste à l'utilisation des grilles de saisies dans les lesquelles sont reportés le volume de temps passé réellement pour chaque activité , ainsi que les consommables utilisés .3-La définition des inducteurs : Pour les activités liées directement aux patients ; l'inducteur de coûts sera le temps passé en personnel consommé par ces activités pour chaque patient .Pour les activités de soutien ,les inducteurs de coûts sont principalement : le nombre de consultations réalisées ; le nombre d'hospitalisation opéré par le service prestataire.4-L'affectation du coût des activités aux objets de coûts : par rapport à notre étude ; l'objet de coût est défini par le « patient » ou exactement « la prise en charge de la pathologie pour le traitement du patient » .Comme nous l'avons précisé ; la prise en charge est quantifiée en temps de prise en charge consenti pour le traitement du patient .

5-Le coût forfaitaire devra comprendre : le coût du personnel ; l'amortissement du matériel ; les charges de structure de l'établissement .Dans son circuit de prise en charge ; le patient est suivi par une grille de relevé des activités pour mesurer le temps passé par chaque intervenant.

Parallèlement ; une grille reproduisant les actes demandés ainsi que les consommables utilisés est établie au cours de l'hospitalisation.

La réalisation de l'expérimentation : La première étape consiste à une observation sur le terrain ; et le relèvement des activités des différents intervenants .la deuxième étape consiste à l'élaboration d'une cartographie mettant en évidence le circuit des patients. La troisième étape consistant à la conception des grilles de saisie. La quatrième phase est réservée à la saisie des données.

Les résultats : Les résultats concernent la faisabilité de l'utilisation de la méthode conjuguée « ABC et sections homogènes » ; dans l'hôpital public de santé national pour le calcul des coûts des différentes prestations produites ; et en déterminer la nature des coûts observés.

La pertinence de la recherche : l'objectif de cette présente étude est confiné dans la volonté de proposer des solutions managériales ; qui pourraient intéresser les gestionnaires du service public hospitalier en matière d'évaluation et de gestion des coûts des prestations en préparation à l'instauration officielle du « système de la contractualisation des hôpitaux »⁶ ; qui aura à s'imposer de lui-même comme l'un des objectifs stratégiques de la réforme qui est en cours d'exécution. L'étude comporte deux parties distinctes. la première partie met en évidence :

⁶ Mode de contractualisation dans les systèmes des santé :les schémas contractuels s'établissent entre les différents partenaires (pouvoirs publics –hôpitaux –bailleurs de fonds –demandeurs de soins...) ; ce sont aussi des contrats d'objectifs et de moyens (COM) qui s'inscrivent dans une relation l'Etat et les établissements hospitaliers .Le contrats d'objectifs et de moyens établit un lien direct entre les organismes de tutelle et les offreurs de soins, en dehors des influences politiques . (Étude juridico-économique de la contractualisation dans les systèmes de soins : p.221-page.17- Yousef Mahyaoui - Thèse de doctorat --Lariboisière-France.- déc.2003.

Introduction générale

a-Quelques systèmes de santé européens et le système de santé national (Algérien) b- l'étude de l'institution publique hospitalière ; et les types de comptabilités utilisés par les entreprises publiques économiques ainsi que la mise en exergue des spécificités de l'unité prestataire de services en l'occurrence ; l'institution hospitalière.

La deuxième partie abordera, les principes et outils d'analyse des coûts tels que perçus dans les pays comme la Belgique et la France qui préconisent l'évaluation des coûts par type de pathologie D.R.Gs. et PMSI : « the Diagnosis Related Groups » et « programme de médicalisation du système d'information ». L'étude empirique, est consacrée à des cas que nous avons abordés ; en application de la méthode des sections homogènes pratiquées par les hôpitaux publics, dans le domaine du calcul des coûts . On terminera notre travail, par une analyse de l'état des lieux de l'institution publique hospitalière Algérienne ; avec formulation de quelques propositions, afin de matérialiser les objectifs de la réforme prônée par les pouvoirs publics. A noter que l'expérimentation de la méthode des sections homogènes et la méthode (ABC) , relativement similaire à la méthode de coûts complets ; qui au préalable permettra ; la construction d'une échelle de coûts sur la base des informations récoltées à partir d'un échantillon restreint d'hôpitaux publics et dont la base de données statistiques serait puisée auprès des structures chargées de l'évaluation et du contrôle des coûts de la wilaya de Tlemcen .Les deux parties seraient développées à travers quatre chapitres distincts .

-Le premier chapitre : est réservé à la prise de connaissance ,des systèmes et les politiques de santé. Sont abordés notamment ; les différentes politiques et quelques systèmes de santé ; sachant qu'ils demeurent les plus anciens au monde (nous évoquerons trois types de régimes : Français, Allemand, et britannique; et celui des Etats Unis d'Amérique).La dernière partie du chapitre est consacrée au système de santé national qui est en cours de réforme.

-Le Deuxième chapitre : reprend les caractéristiques de l'hôpital public, son organisation, son fonctionnement ; ainsi que la mise en évidence des outils de gestion classiques, les types de comptabilités admises par les entreprises économiques ; et leur nécessité dans l'objectif d'évaluer et de maîtriser les coûts de l'activité hospitalière. Ce chapitre mettra en lumière les différents modes de comptabilités entrepris au sein de l'institution hospitalière, notamment la comptabilité générale. la comptabilité administrative et la comptabilité analytique hospitalière.la deuxième partie du chapitre abordera le fonctionnement des services cliniques.

-Le chapitre Trois : il est question à travers ce chapitre d'aborder le rôle et l'importance du contrôle de gestion propre aux établissements de santé .Sont exposés à cet effet les outils du contrôle de la gestion élaborés par des experts pour les besoins des hôpitaux publics Français ; ayant pour objectif de mieux apprécier la composante des différents coûts produits par les services et par la même permettre la maîtrise des budgets de la santé au sens large. A travers ce même chapitre est donné un bref aperçu sur le programme (PMSI : le programme de médicalisation du système d'information) ; considéré à l'heure actuelle, comme principal outil de gestion dans le management hospitalier. Sont mis en évidence les outils de calcul, de contrôle et de gestion des coûts mis en œuvre dans le cadre du PMSI (le programme de médicalisation du système d'information) retenus sur la base d'une réalisée en France regroupant un échantillon d'hôpitaux. Il y a lieu de préciser que d'autres procédés furent expérimentés aux USA (DRGs)⁷ utilisant des programmes et logiciels beaucoup plus performants et repris par plusieurs pays d'Europe occidentale.

⁷ DRGs: diagnosis related groups (calcul des coûts en fonction de groupes homogènes de pathologies , méthode reprise en France sous l'appellation G.H.M ou: groupe homogènes de maladies).A l'heure actuelle il ya cependant différents

Introduction générale

-Par le biais du chapitre quatre : Nous procédons à quelques études de cas , avec simulation de l'application de la méthode des sections homogènes associée à la méthode « A.B.C. » expérimentée dans le calcul des coûts, au sein de l'hôpital public Algérien .Quelques réflexions seraient émises sur la méthode de calcul utilisée au niveau national (la méthode des sections homogènes) à l'instar des modèles de gestion Médico-économiques existants en Europe (à titre de comparaison :France et Belgique) qui associent à la méthode de calcul traditionnelle à d'autres méthodes plus performantes telle la méthode « Activity Based Costing » prescrite initialement pour les entreprises industrielles .

a-Moyens utilisés et documentation : Pour ce qui concerne les moyens et outils de travail il est à rappeler que nous nous sommes servis d'enquêtes réalisées portant sur le même thème, documents et textes réglementaires traitant du domaine de la gestion hospitalière en plus des mémoires et travaux entrepris tant par les étudiants que les gestionnaires du secteur de la santé nationaux et étrangers.

b- Moyens techniques : L'outil informatique nous semble être à la base de tout système d'information et en l'absence d'un système d'information médicalisé nous nous sommes contentés de mesurer l'état d'avancement du système d'analyse des coûts institué récemment comme étape préalable à l'intégration des normes de gestion nouvelles en préparation de l'autonomie financière. Pour plus de précision dans la collecte des données (médicales, comptables , économiques et autres) nous nous sommes basés sur les informations qui furent mises à notre disposition par le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière La direction régionale de la santé de wilaya de Tlemcen ainsi que les bilans d'activités de quelques hôpitaux et directions régionales .

c- Objectif dans lequel s'inscrit la thèse : Nous synthétisons notre travail par la proposition d'une échelle de coûts basée sur l'utilisation de la méthode des sections homogènes tout en projetant des propositions devant asseoir un P.M.S.I. (programme médicalisé du système d'information) en s'inspirant du modèle Français et Belge. L'instauration du « P.M.S.I. » comme programme de gestion de base de l'activité médico-économique devra permettre entre autres : La comparaison des coûts des activités entre les hôpitaux ; La connaissance du prix de revient de la journée hospitalière, et principalement ; la préparation de la réforme du système de santé en intégrant toutes les formes de partenariat ; La connaissance du prix à rembourser pour faciliter le domaine de contractualisation de l'établissement hospitalier avec les assurances publiques, privées ainsi qu'avec les partenaires économiques et sociaux . La connaissance plus ou moins parfaite des coûts, aide les gestionnaires et les planificateurs à la prise de décision sur le plan actuel et futur ; La maîtrise des coûts dans l'objectif de rationaliser les dépenses budgétaires ; aidant à l'amélioration de la qualité des prestations de soins et sera par conséquent d'une utilité majeure pour la mesure des performances de l'ensemble des activités par type de spécialité clinique. L'objectif de notre étude est confinée dans la volonté de proposer des solutions managériales qui pourraient intéresser les gestionnaires des services publics hospitaliers en matière d'évaluation et de gestion des coûts des prestations ; en préparation au système de la contractualisation qui aura à s'imposer impérativement dans les prochains délais et s'avère par conséquent comme moyen préconisé le plus performant de maîtrise des dépenses publiques .

d) La pertinence de cette recherche: Du fait de sa spécificité ; la question des coûts et des prix des prestations de soins prend davantage d'intérêts dans les programmes de santé à l'échelle universelle,

systèmes de DRG aux Etats Unis :Medical Drg ;Refined Drg,All Patient Drg ;SeverityDrg ;International Refined Drg.Systèmes de classification Créés dès 1983 par Robert Barclay Fetter and John D.Thompson de l'université de Yale (USA).

Introduction générale

et c'est ainsi que les économistes sont appelés à proposer des modèles d'évaluation tout en essayant de préserver les principes de l'éthique et des droits fondamentaux du capital humain. Malgré le paradoxe qui empêche le plus souvent de concilier entre la rentabilité économique et la performance médicale. Les économistes contribuent néanmoins par le biais d'apports théoriques à l'analyse d'outils et de méthodes à mettre en œuvre pour la préservation de l'équilibre entre la satisfaction des besoins, et la rentabilisation des ressources et moyens ; c'est par rapport à cette démarche que cette étude est située. Par ailleurs ; l'intérêt pratique relatif à cette étude ; aura à situer les dysfonctionnements qui entrave le secteur public en matière de maîtrise des outils d'évaluation et par ailleurs l'accès à un management de qualité.

Costs and cost analysis:⁸ (Abstract):

Costs in a health system arise on the part of health care providers (the producers) and on the part of its users (the consumers). Health care providers have to cover the costs of their personnel, buildings, equipment, material, supplies, etc. Users incur not only material costs such as transport, drugs, fees, taxes, lost time and income to illness, but also immaterial costs such as pain and psychological distress. Therefore, it is more important to state explicitly the approach to be taken when analyzing costs. This costs that much does not tell us much since we do not know how to bear what costs. It is the health care services, the authorities, the community, the individual, the household, the employer, or society at large. In the public sector, generally, the most common approach is to consider the overall costs borne by the community or society not only the costs borne by a specific health care institution or the district health services as a whole.

Reasons of Costs analysis in the health system:

There are various reasons for analyzing costs. First, different options of the production of services can be compared. Second, appropriate budgeting for any level and type of services is only possible if only costs are known. And third, costs analysis is used for monitoring, evaluation and auditing. In itself, knowledge of costs services contributes to more cost-conscious behavior by sector health personnel and managers, and is the basis for cost control. It may be useful to compare the evolution of costs over time (e.g. the yearly costs of district or health centers of a vaccination campaign), or to compare costs of different kinds of services (in health centers of different size). Before services are added, increased, removed, reduced, or contracted out, it is worthwhile to assess the cost implications of doing so. Cost information may provide valuable information to improve productivity and coverage of services, and to rationalize the use of available resources. In this context it is important to point out, the rationalization does not mean deducting resources but guaranteeing an optimum use of resources. In order to allocate resources in an equitable way, it is necessary to compare health care expenditures in different contexts and environments. Cost-effectiveness, cost-utility and cost-benefit analyses are generally not carried by institutions health services, since these types of studies require specific knowledge and considerable resources. Costs can be classified, or categorized in different ways. The most commonly used primary classification is by type of resources or inputs such as capital and recurrent costs. Possible secondary classifications are by: Function or activity, by administrative level, by sources of financing, by currency (foreign or local). Whatever categorization is used, it must be relevant to the particular situation, and most importantly, accurate. Classes or categories of costs must cover all costs without overlap. For instance a primary cost category (or budget), "administration" would include

⁸ Costs of illness Studies: Joel E. Segel, B.A. –RTI-UNC. Center of Excellence in Health Promotion Economics. January 2006. Note : (Extrait d'un article reproduit dans son originalité).

Introduction générale

costs for salaries ,buildings ,equipments and supplies .If another primary cost category “personnel” were to be used simultaneously ,the problem would be that salaries might be double-counted in incorrect cost information . Direct costs are costs that are directly linked to a treatment, or a health service rendered. They may be incurred either by health care providers (personnel, buildings supplies, etc.) or by patients and their family members etc.).Indirect costs that are only linked indirectly to an episode of sickness ,or a health care service rendered .This maybe borne by patients and their families such as transport ,working time lost psychological costs (pain ,stress ,fear),or by society ,the community at large .Indirect costs incurred by society or community at large include ,for instance ,costs for safety measures at work. Direct financial costs are of special interest for management and budgeting of health care services .Indirect and direct costs are more relevant in the context of economic evaluation, such as cost effectiveness studies which use concept of opportunity (economic) cost.

PARTIE I

Les Systèmes et Politiques de Santé.

CHAPITRE I

Les Systèmes de Santé et la conception du Service Public.

Introduction (Partie une) : Systèmes et politiques de Santé.

La Santé publique est définie par l'OMS comme étant « l'art et la science de prévenir les maladies , de prolonger la vie ; d'améliorer la santé physique et mentale des individus par des moyens d'actions collectives :OMS.1942 ».D'autre part , la charte sur l'environnement et la Santé dès l'année 1989 émet le principe que : « une bonne santé et le bien être exigent un environnement propre et harmonieux considéré comme «ressource» ayant pour objectif l'amélioration des conditions de vie et du bien être des individus ».Une politique de Santé s'appuie essentiellement sur un modèle d'organisation du système de soins ; œuvrant à la conservation et à la promotion de la Santé de la population .Toute politique de Santé aspire au fait à assurer un système de soins de qualité appréciable et à des coûts relativement abordables tel est l'enjeu principal de tout système de Santé.

Le processus de couverture collective des dépenses de santé publique ; varie selon cependant selon la nature politique ainsi que la structure sociale et culturelle d'un pays ; dès lors chaque pays peut en construire un modèle , devant en principe prendre en charge la demande en besoins de santé de sa population. Partant de ce constat, les systèmes de soins peuvent varier différemment selon leurs modes d'organisation ainsi que leurs modalités de financement. Quatre modes d'organisation peuvent être cités ; on dénombre, le modèle de prévoyance libre ; le modèle de l'assurance maladies obligatoire , la modèle de l'assurance maladie national , et enfin le service national de santé .Le système de santé « Algérien » est érigé par l'adoption du « service national de santé » ainsi que du service d'assurance maladies obligatoire .

En référence à la charte nationale de 1976, l'Etat a la charge d'assurer : « la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population ... » .Pour des raisons sociales historiques, on assimile le domaine de la santé publique à la « gratuité des soins ». D'autre part , la majorité des Etats dans le monde s'approprient et /ou revendique le rôle de régulateur dans la sphère du marché des soins eu égard à la crise que traverse l'économie mondiale .Il est clair que l'objectif majeur de toute politique de santé trouve sa raison d'être dans le fait de permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux soins .Néanmoins le principe de « gratuité » ne permet pas de mesurer l'efficience et la qualité des prestations de services de santé , d'autant plus que l'utilisation des ressources financières , humaines et matériels nécessitant une évaluation permanente renvoyant à l'analyse entre autre des indicateurs de performance tel le rapport coût-qualité des soins ou encore coût-efficacité.

L'organisation mondiale de la Santé cite comme prérogatives et actions spécifiques relevant du domaine de la Santé publique ; la santé scolaire, les soins primaires d'urgences, les catastrophes en matière de santé, la santé au travail , la santé maternelle et infantile .Les tâches qui incombent à l'ensemble des institutions du système de santé , définissent la pratique de la santé publique . Les actions que doivent mener les gouvernants sont caractérisées, par des programmes et des plans d'actions complémentaires ; assujettis à des évaluations permanentes, portant sur la qualité des protocoles et schémas de soins curatifs et préventifs.

Les systèmes de santé ne sont pas épargnés, par les changements rapides, que provoque l'économie mondiale : dépréciation graduelle du pouvoir d'achat des populations, changements climatiques agissant sur l'environnement et la sécurité alimentaireAinsi, l'ensemble de ces facteurs induisent des tensions politiques et sociales agissant directement soit à court, à moyen ou à long terme sur l'ensemble des politiques de santé publique. Il apparait donc légitime que la question du rôle de l'Etat dans la régulation du marché des soins semble être la préoccupation majeure dans toutes les politiques de santé à travers le monde. Dans plusieurs pays notamment ceux du sud ; le secteur de la santé demeure le moins financé , par manque de ressources, malgré une croissance

soutenue des budgets consentis ,pour les établissements publics .Durant les vingt dernières années les systèmes de Santé, ont pris une tendance plus ou moins particulière ;marquée par : une offre de soins curatifs trop spécialisée mais cependant disproportionnée à retombée négative car certaines prises en charges alourdissent la facture et que les caisses de sécurité sociales souffrent de déficits chroniques que les pouvoirs publics ne peuvent supporter .Ainsi , en matière de gouvernance on assiste à un laissez-faire justifié par l'extension d'un secteur privé (souvent concurrent et non complémentaire) favorisant l'émulsion d'une marchandisation du produit de la santé. A travers cette première partie ; sont présentés le système de santé Français, celui de la grande Bretagne, de l'Allemagne ainsi que le système de Santé des Etats Unis d'Amérique. Notons qu'à l'intérieur d'un même pays peuvent coexister ;plusieurs sous-systèmes traduisant, le rapport de force entre les différents acteurs de l'organisation, c'est le cas du système de santé Algérien dans lequel cohabitent, un « service National de Santé » et un système « d'assurance- maladie obligatoire » que nous exposons en fin de partie.

I. Introduction du chapitre un:

Sur le plan historique notamment en Europe ,la santé a longtemps été assurée, par les institutions religieuses jusqu'au 19^e siècle .C'est ainsi que la charité privée a permis ; le maintien et le fonctionnement des établissements de soins primaires ; et l'hébergement des personnes démunies et des personnes âgées .Ainsi, depuis ses origines , l'assistance hospitalière apparaît donc comme une fonction de l'institution religieuse .On admet ainsi que les hôpitaux furent fondés et dirigés, par des ordres religieux . Dès 1830 , sous les pouvoirs monarchiques , l'interventionnisme de « l'Etat » se fait sentir , et la nécessité de mener une vraie réflexion , en matière de santé publique s'impose .Il appartenait aux pouvoirs publics ; d'instaurer des normes de gestion , et des méthodes comptables propres aux établissements de soins .La distinction entre l'hôpital destiné aux malades , et l'hospice selon laquelle ces deux institutions , n'assumaient pas qu' une fonction sociale , est intervenue en 1840 .La notion de droit à la santé , va coïncider avec la généralisation de la sécurité sociale .En Europe dès 1941 , ce fût l'avènement du système de protection sociale , on passe en effet du système assurantiel , au système de protection sociale à caractère public ; qui va progressivement se généraliser pour devenir obligatoire .La croissance économique, n'a pas permis cependant d'accroître les recettes de la sécurité sociale ; alors même que les dépenses de l'assurance maladie ont augmenté . Les systèmes de couverture de dépenses de santé, sont variables d'un pays à un autre ; c'est ainsi que plusieurs sous systèmes peuvent coexister , à l'intérieur d'un même système de soins et régis par une organisation différemment conçue . Le système de santé , est garant du mode d'organisation , de la couverture des dépenses de santé ; et de ses modalités de financement⁹ .Le modalités de financement des dépenses de soins ; peuvent être regroupées en quatre types principaux : la prévoyance libre, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie nationale et service national de santé. En Algérie, deux dates majeures ont marquées l'évolution du système de santé (1974 et 1983), elles délimitent les étapes enregistrées tant dans le fonctionnement du système de soins et donc l'organisation de la couverture collective que dans les attributions de ses différentes composantes. L'organisation d'un système de soins, peut être divisée en deux grands groupes, les producteurs de soins et les organismes qui organisent et contrôlent le système de soins .Les administrations centrales de la santé, sont un ensemble d'organes sous tutelle de l'Etat, qui trouve son intervention justifiée, pour des considérations d'ordre éthique et d'équité sociale. Un système de soins dont l'offre est disponible ; permet aux demandeurs de soins d'en tirer un bien collectif. Une meilleure utilisation des services de soins , a des effets positifs non seulement sur l'état de santé globale de la population, mais aussi sur le niveau de développement économique. La mise en place d'un tel système de protection sociale ; améliore l'état de santé de la population. Le système de santé en Algérie, est marqué par certaines particularités : le système assurantiel est sous la tutelle de l'Etat, il existe deux formes de soins hospitaliers (publics et privés à but lucratif) , le secteur ambulatoire caractérisé par une offre essentiellement publique , plusieurs institutions publiques chargées de contrôler et de gérer le système de soins ,le prix du soin y compris le médicament sont administrés (régis par les pouvoirs publics).

II. Le Système de Santé identifié comme Service Public.

1. Le service public.

⁹ Alors que les dépenses de Santé de certains pays comme (la France ,l'Allemagne , Belgique ,Algérie) dépendent majoritairement de la sécurité sociale ; celles de l'Australie ,Danemark ,Norvège dépendent exclusivement des administrations publiques (Services nationaux de Santé).

La conception du service public, renvoie à la fonction de l'Etat, de produire des biens et services pour l'ensemble de la communauté. L'Etat en effet, étant structuré en institutions politiques et administratives, permettant de satisfaire l'ensemble des objectifs de la société. Les institutions politiques ont pour objet, l'orientation générale de la politique de l'Etat. Elles traduisent par conséquent, la fonction gouvernementale, qui a pour but la gestion des intérêts supérieurs de la société. Les institutions administratives, dans lesquelles sont intégrées les services publics ; sont instaurées par l'Etat ; pour répondre aux nécessités quotidiennes, rattachées à la vie sociale ; elles représentent des organismes organisés et institués ayant pour but de répondre aux besoins publics. La conception d'institution publique est étroitement liée à la notion même de l'Etat¹⁰. Le mode de fonctionnement du service public est régi, par une législation ou code général des lois. Généralement, le code de fonctionnement du service public définit, quatre principes fondamentaux qui seront distingués comme suit :

- Le principe de continuité du service public :

Ce principe tire son fondement, de la définition même de l'Etat. Il représente principalement l'idée de la continuité. Ce qui oblige l'Etat, à faire fonctionner les institutions régulièrement, pour respecter leur finalité sociale. Ainsi Tardieu dicte : « l'essence même du service public qui reflète la traduction administrative de l'Etat ; et par conséquent sa pérennité. Ce principe oblige l'Etat à faire fonctionner le service régulièrement pour garantir le respect de sa finalité économique et sociale.

- Le principe de légalité devant les services publics :¹¹ L'Etat étant omniprésent, dans toute la vie socio-économique, et détient par la même le pouvoir législatif ; qui en est le seul détenteur et en est le seul juge ; apte à défendre les intérêts d'ordre collectifs. Le principe de légalité se traduit par l'instauration d'un statut unique, pour tous les usagers prestataires. L'Etat offre des biens et services standards, à tous les citoyens qui en contrepartie doivent, supporter les mêmes charges sous couvert d'un statut réglementaire identique.

- le principe de neutralité : Cela fait référence à la neutralité de l'Etat, dans l'offre des biens et services. Le service doit fonctionner, en offrant aux usagers, les mêmes prestations ou avantages en leur imposant les mêmes charges, sans faire état de leurs croyances politiques ; religieuses ou autre considération.

- Le principe d'adaptation : Le principe d'adaptation permet à l'administration, de modifier chaque fois que c'est nécessaire, les règles de fonctionnement, du service public.

- Le principe d'adaptation s'applique: En cas de changement de fait, dans les circonstances, l'administration doit aménager le service, en conséquence elle peut également, modifier la réglementation sous réserve de délais d'exécution.

- Le principe d'adaptation, permet à l'administration de modifier, unilatéralement les dispositions contractuelles, intéressant le fonctionnement du service public et supporter les conséquences du changement.

- La gratuité du service public :

¹⁰ -De Sato –« grands services publics et entreprises nationales (1971) p. 35-40 ».

¹¹ L'objectif d'une politique de santé et des divers professionnels chargés de la mettre en œuvre est la promotion, la protection et la restauration de la santé des personnes. Cet objectif devrait être atteint en respectant deux conditions : un coût aussi faible que possible, compatible avec les ressources de la collectivité considérée ; une accessibilité aussi égale que possible, pour tous les membres de la collectivité aux différents moyens possibles : ((Marcel Goldberg-Chap-17-- Introduction à la Méthodologie en santé publique-Médecine –Sciences –Flammarion-1987.

Le principe de gratuité reste particulièrement dominant dans les pays dits socialistes ; où les services qui sont considérés comme indispensables sont assurés par l'état. Par ailleurs le prix des prestations payées par les usagers est inférieur au coût du service rendu.

- Types d'entreprises, assurant le service public :

Les services publics exigent des moyens très variés à savoir : Le personnel, les biens et équipements. L'ensemble de ces moyens utilisés à des fins bien précises, leur confère le caractère d'entreprise. L'incorporation d'une entreprise à l'administration est donc essentielle pour caractériser le service public. L'idéologie du service public n'est pas sans incidence sur le réel. Elle implique un certain mode de relation entre l'état et la société. Les services publics sont sensés fonctionner selon les principes radicalement différents des entreprises privées.

- le droit à la santé :

Le droit à la santé est défini dans la déclaration internationale des droits de l'homme de 1948 « en revanche, le principe d'égalité trouve parfaitement lorsqu'il s'agit d'assurer à toute personne l'égalité d'accès aux soins .les individus ont accès aux soins, car ce dernier est un droit : « medical care was perceived as a right ,not a good ,and markets were looked upon with favor ». ¹²Le droit à la santé par conséquent ne veut pas exprimer forcément « droit aux soins », car pour bénéficier de soins ,il faut remplir des conditions notamment avoir cotisé ,être dans une situation de précarité .Le droit à la santé par contre est confronté à certaines difficultés eu égard aux considérations d'ordre scientifiques éthiques, économiques et juridiques .Dans ce contexte l'Etat est responsable de la traduction des volontés individuelles en choix collectif C'est ainsi que la mise en place d'un système assurantiel généralisé permet à un grand nombre de personnes de bénéficier de l'accès aux soins .En effet ,dans un système d'assurance privée ,les individus risquent de perdre « leur bien être social », un ajustement est nécessaire pour éviter les risques est cependant indispensable .Il apparaît donc nécessaire l'introduction de mécanismes incitatifs dans la relation « d'agence : assuré social /sécurité sociale » dans le but de permettre au mieux la maîtrise des dépenses de santé , ces mécanismes auraient pour rôle d'agir comme instruments régulateurs . Le « ticket modérateur » ¹³ ne semble pas en effet répondre à cette problématique « ce type d'assurance conduit à des externalités négatives potentielles sur la couverture de base dans la mesure où les effets de réduction du risque moral sont annulés par la l'assurance complémentaire .le coût marginal pour l'assuré est inférieur à la dépense supplémentaire pour l'ensemble de l'assurance. ¹⁴

2. Les caractéristiques des entreprises non marchandes :

2.1. L'entreprise non marchande:

Les citoyens usagers et contribuables doivent s'en remettre à un décideur et à un contrôleur intermédiaire qu'est le parlement. Dans une institution sans but lucratif, la réalisation du profit n'étant pas prise en considération, du fait que le droit de propriété de ces profits n'existe pas. Pour l'entreprise à but lucratif, les profits sont les critères de performance ;et l'objectif majeur dans

¹² William Henry Beveridge : « le droit à la santé » 1948-Rapport sur la sécurité sociale : selon le principe que chaque citoyen doit payer des charges sociales afin d'en profiter en retour des prestations en cas de maladie , chômage ou retraite . Cela permet d'assurer un minimum de vie (lutter contre les cinq grands maux de la société (chômage, ignorance, pauvreté , insalubrité, maladies).ouvrage publié en 1944. (full employment in a free society).

¹³ En Algérie dès 1984 :remise en cause partielle de la gratuité des soins un certain nombre d'actes et de soins médicaux à titre ambulatoire redeviennent payants en partie et rétablissement du ticket modérateur dans les structures publiques.

¹⁴ Des asymétries d'information entre les assureurs et les assurés "Economie de la santé :Avancées théoriques et opérationnelles .La référence à une norme de justice distributive remet également en cause l'efficacité (de second rang)des éventuelles politiques de discrimination de second degré de l'assurance maladie et rend nécessaire l'intervention de l'Etat dans le marché de l'assurance maladie (**Mougeot 1999**).

l'existence de l'institution même étant tributaire. L'entreprise privée reçoit donc par son activité et sa gestion un chiffre d'affaire, et des profits variables, représentant des indicateurs instantanés d'un ensemble de choix économique pour les meilleures opportunités offertes sur le marché. L'entreprise privée reçoit donc, par son activité et sa gestion un chiffre d'affaire, et des profits variables représentant des indicateurs instantanés ; d'un ensemble de choix économique pour les meilleures opportunités offertes sur le marché. L'organisation publique non marchande, reçoit des allocations budgétaires ; devant lui permettre de satisfaire une demande collective. Dans une organisation publique non marchande, la sanction économique des choix internes n'existe pas ; ce qui peut autoriser l'entreprise parfois, à une stratégie d'échec la conduisant à la non réalisation des objectifs assignés. Son activité dépend du budget attribué par le parlement. La demande à laquelle doit faire face une organisation non marchande est difficilement quantifiable, car les services publics sont offerts sans aucune discrimination. Il en résulte que cette caractéristique a des conséquences à la fois sur la gestion interne et sur l'affectation des ressources externes : (Hospitalisation publique - Hospitalisation privée). Le fondement du service public et par conséquent la création de l'entreprise publique non marchande renvoie aussi à la carence du marché dans la production de certains biens et services pour la société. En effet le marché offre à tous les producteurs le moyen de rassembler toutes les caractéristiques de la clientèle ; et de voir quel type de produit il favorise. Cependant, certains produits ont la difficulté de ne pas être palpable ; d'où la difficulté d'évaluer avec précision leur prix ou leur valeur. L'entreprise publique non marchande, offre des biens intangibles. L'entreprise privée marchande opère, dans un environnement concurrentiel, obéissant au postulat de la maximisation du profit, comme objectif irréversible. Les conditions même du marché seraient telles que l'entrepreneur privé, qui voudrait s'écarter de l'objectif (Profit) ; serait menacé de faillite, ainsi, il sera contraint de prendre des mesures de correction qui s'imposent.¹⁵ Dans le secteur public la rigueur des marchés concurrentiels disparaît, étant donné qu'un seul agent ; l'Etat qui en assure un certain nombre de services. C'est le cas du monopole, l'entreprise publique non marchande est loin d'être concurrentielle.

2.2. La gestion du service public :

Le budget qui constitue la seule source de financement pour l'ensemble des organismes publics non marchands laisse apparaître des lacunes économiques avant et au moment de la décision du volume d'activité.¹⁶ Aussi l'absence d'éléments d'informations s'agissant des coûts et charges de production ajoutés à la demande des services publics d'autre part constitue le problème économique le plus apparent dans une organisation à caractère public non marchande. Alors que l'organisation publique non marchande est susceptible de faire évaluer la proportion à payer par les instances de tutelle toutes les informations sur les coûts de production des services lui sont totalement ignorés par le fait que l'objectif de l'entreprise est d'offrir une production globale. L'ensemble des politiques que défendent les entreprises publiques non marchandes infligent des coûts dont il n'est pas certain de trouver la contrepartie. Les moyens mis en œuvre sont en effet coûteux en salaires, en temps et en finance pour un résultat aléatoire « M.Marley Shirley»: économiste de la banque mondiale, ayant démontré d'après une étude faite sur 64 entreprises publiques dans vingt six pays ; que les entreprises publiques réalisaient des pertes équivalentes à seize pour cent de la totalité de l'activité ; Dans les pays en voie de développement les études montrent que la rentabilité des investissements est souvent faible ou négative et la part de l'autofinancement est quasi nulle. Le résultat, un

¹⁵ (Guy teeny. op. cite.).

¹⁶ Les dépenses publiques de Santé, incluent les dépenses des entreprises publiques et les dépenses des organismes de sécurité sociale. Dans plusieurs pays, les recettes du budgets sont utilisées pour combler les déficits.

endettement croissant et une charge de plus en plus lourde pour les finances publiques ¹⁷Le rapport entre l'Etat et les entreprises publiques sont marqués par le conflit d'intérêts ; d'une part l'entreprise publique s'efforce d'atteindre ses objectifs à travers des stratégies adaptées et en utilisant des méthodes de management efficaces d'autre part ; l'Etat cherche à utiliser ces entreprises comme un simple instrument de sa propre politique . Certains analystes imputent les causes de la mauvaise gestion de l'entreprise publique à un ensemble de variables parmi lesquelles nous citons : La sur utilisation des facteurs de production pour des services très variés tels que l'éducation ou la santé (hypertrophie de l'emploi surtout administratif) .Ce phénomène est enregistré particulièrement dans le secteur public, de par les politiques sociales que défendent les gouvernants.

Le surcoût de la dépense relative aux objectifs socio collectifs qui sont continuellement croissants et qui font accroître les facteurs de production. Cela s'explique par une mobilisation des moyens supplémentaires par rapport à la demande effective devant être satisfaite ce qui se traduit par un gonflement des coûts de gestion.

2.3. Services publics et principe d'efficacité :

La préoccupation majeure et unique du service public étant, de réaliser au maximum sa mission avec régularité exactitude et fiabilité ; sans s'interroger sur la pertinence éventuelle de son coût. L'objectif étant donc , d'offrir un plus grand nombre de services , sans se soucier des moyens mis en œuvre. La question de l'efficacité est d'ores et déjà, prise en considération non pas, dans le but d'apprécier le profit mais, pour une meilleure répartition des moyens matériels et humains ; qui mis en œuvre , ayant pour finalité d'améliorer la productivité. Les services publics font l'objet de plus en plus d'évaluations ; destinées à mesurer les résultats , des actions des entreprises, confronter leurs utilités sociales , leurs coûts ,et en même temps apprécier leur impact. ¹⁸

2.4. les caractéristiques de l'entreprise de santé :

La santé étant considérée comme un des secteurs non marchand dont la gestion globale est opérée par l'Etat. La prestation du service médical (produit santé) étant de nature totalement différente et difficilement quantifiable et mesurable ; d'autre part, la nature du marché des soins justifie l'interventionnisme de l'Etat dans le but de réajuster et réguler l'offre et la demande. Le comportement tutélaire de l'Etat se définit dans la mise en place d'une organisation canalisée par une législation sanitaire imposant aux différents acteurs de la collectivité des comportements obligatoires. Nous pouvons définir la législation médicale comme étant l'ensemble des lois qui universellement s'appliquent à la surveillance à la préparation ; à la circulation des produits médicaux à l'application de certaines techniques préventives ou curatives. Un certain nombre de théories justifient la prise en charge de l'action médicale par la puissance publique. La consommation sanitaire produit plusieurs effets :-Collectifs : le besoin dans ce cas en matière de consommation de santé ne se limite pas uniquement à l'individu mais s'étend globalement jusqu'à la communauté toute entière (programme de vaccination ...) ; La consommation sanitaire est de nature incertaine basée sur des données (imprévisibles : maladies accident ...) ; L'activité sanitaire est de nature disparate quant à son information qui demeure asymétrique ou encore incomplète (irrégularité des rapports entre médecins et malades. Par conséquent la combinaison de ces trois facteurs : les effets externes ; les improbabilités ou incertitudes ; les dérégulations des flux de l'information ; constituent un empêchement à la régulation marchande de l'activité sanitaire. La

¹⁷ Anastasopoulos dans : « la stratégie des finances publiques, Dalloz 1980 ».

¹⁸ L'Etat intervient dans la régulation du système de santé ; par le biais du gouvernement et du parlement au niveau central ; et à un niveau décentralisé par le biais des collectivités locales et agences territoriales.

logique du marché se base sur le rapport (unité /produit) critère de choix du consommateur, auquel le producteur est conduit à se confronter également. Dans le cas de la consommation sanitaire l'usager ne verse pas la contrepartie directe de ce qu'il consomme. Le prix ne joue donc pas le rôle de modérateur de la demande. De plus le consommateur n'est pas à même d'évaluer la quantité des biens et des services dont il a réellement besoin.

Selon la théorie de G.K ARROW¹⁹ la mise sous tutelle des activités médicales est justifiée par l'ignorance du consommateur de son avenir sanitaire. Ce qui renvoie donc à la justification de la mise sous tutelle de l'assurance maladie. D'autre part le consommateur ignore la qualité des soins fournis ; c'est l'argument du manque de connaissance médicale.²⁰

Le besoin de santé ne peut être spécifié que par rapport à un savoir faire et l'existence d'un traitement efficace et acceptable. En effet pour devenir un besoin à satisfaire, il faut qu'il en soit défini en tant que tel.

3. Budget et Fonction de Production de la Santé :

3.1. La production de santé :

Du fait de sa particularité, la santé nécessite une mobilisation de ressources ; en hommes et en moyens importants, devant maîtriser en permanence, les connaissances technologiques et scientifiques²¹. Il existe en effet une relation parfaite, entre l'output qui est, l'amélioration du niveau de santé, et les différents « input » rapport entre le revenu et la demande de soins. Cette relation entre l'input et l'output constitue ce qu'on appelle la fonction de production. L'étude de la fonction de production se heurte à deux types de difficultés : Les dépenses engagées ayant pour finalité l'amélioration de l'état de santé, engendrent leurs bienfaits ou bénéfices, sur une période plus ou moins longue ; d'où la difficulté dans la possibilité de mesurer, l'output définit comme objectif à atteindre. Sachant que les ressources physiques ou humaines, ne sont pas suffisantes pour satisfaire tous les besoins de la population ; ce qui impose nécessairement un choix à définir dans la prise de décision.²²

3.2. Le Marché de la Santé :

La réflexion sur le marché renvoie à la recherche des conditions d'équilibre général avec comme hypothèse, la concurrence pure et parfaite. La problématique essentielle étant d'étudier le processus d'allocation de ressources et la variabilité de la fonction d'utilité. L'approche néoclassique considèrerait qu'au stade d'équilibre général, le marché reflète un équilibre au sens « Pareto » ; c'est-à-dire qu'il n'existe aucune autre situation qui permet d'augmenter le niveau de bien être d'une personne sans dégrader celui d'un autre. « si l'allocation de ressources rares entre les producteurs et des biens produits entre les consommateurs est telle qu'aucune situation ne donne à chacun des consommateurs une satisfaction plus grande que cet état, ce dernier sera dit de rendement social maximal ou encore optimum de Paréto.²³

Cet état d'équilibre est profitable pour tout le monde (A. Smith)²⁴. L'équilibre général walrasien apparaît comme un équilibre statique spontané (Douzelle) et non contractuel (sans contrats) et les échanges se font à une date unique. Dans ce modèle l'offreur fixe le moment de l'échange et les

¹⁹ The American economic review, December 1963.

²⁰ C.Culyer cité par Emile Lévy (la demande en économie de la Santé). 1998.

²¹ G.K. Arrow et Kolm cités par Emile Lévy p.97 En référence à : « uncertainty and welfare economics of medical care -1961 ».

²² La prise de décision, représente en fait, un choix auquel on doit opter dans l'exécution des programmes de santé et des procédures thérapeutiques – concerne les études d'utilité et d'efficacité pour toute politique de santé choisie.

²³ (C.Jessua C.Labrousse, D.Vitry, 2001).

²⁴ Adam Smith : La capacité que recèle l'individu d'être guidé par ses intérêts (the theory of moral sentiments -1759).

prix d'échange, sans qu'il ait un lien entre les offreurs et les demandeurs, donc la possibilité de négociation est absente avant la phase d'équilibre. La « main invisible » détermine le moment où l'échange doit s'effectuer. Ce processus est qualifié de « tâtonnement » Walrasien. On peut qualifier par ailleurs que les interactions qui peuvent exister entre l'offre et la demande dans le modèle walrasien comme virtuelles car les agents ne possèdent pas de relations contractuelles et ne disposent pas de moyens de négociation ou de renégociation à posteriori (Vahabi)²⁵. A travers ce schéma le marché l'emporte sur tous les modes de coordination et le contrat est inexistant. La notion d'équilibre de « Pareto optimal » se heurte à des limites liées à la nature de certains biens et aux externalités négatives. K. Arrow a remis en cause l'existence d'un unique équilibre²⁶. La notion d'équilibre apparaît comme une notion subjective, un jugement de valeur faible par conséquent. « Arrow » ayant démontré par le biais de ses travaux qu'il existe plusieurs types d'équilibre, d'autant plus que tous les marchés ne sont pas identiques. Arrow relève le problème de la répartition du pouvoir d'achat qui occupe une place centrale dans la recherche des conditions d'équilibre en faisant le parallèle entre les produits de santé, c'est-à-dire le marché des soins et le théorème de « Pareto »²⁷. Dans cette situation, l'acquisition du soin nécessite des moyens (assurances), que toute personne ne peut acquérir de manière individuelle : « cette charge de nature imprévisible doit être couverte, dès que le besoin se fait sentir, nécessitant des disponibilités financières imminentes » : (D. Bertrand).²⁸ Les produits de la santé et la maladie sont deux concepts dont l'appréciation est complexe. La maladie est une externalité négative, elle induit un coût social, et se présente imprévisible. Le soin est caractérisé par l'existence d'une asymétrie d'information entre offreur et demandeur, et la variable de l'incertitude. La maladie ne peut faire l'objet d'un marché elle est non « marchandable » elle est considérée par conséquent comme un échec au marché (K. Arrow, 1963), il s'agit d'une défaillance du marché (failure of market). Les individus ne souhaitant pas se retrouver malades et ont tendance à se prémunir contre la maladie. C'est lorsqu'ils se retrouvent malades que la demande de soins est présente. Le financement de la santé est alors tributaire de la demande de soins, dès lors se caractérise le système de financement de la demande de soins qui semble être défini par deux fonctions complémentaires²⁹. Ces deux aspects liés à la maladie, que ce soit en ex-ante (pour éviter la maladie) ou en ex-post (situation où l'individu est malade) nécessitent néanmoins une intervention d'ordre collectif qui peut s'inscrire dans un état Pareto-optimal. L'Etat peut intervenir soit pour des raisons d'éthiques ou dans un souci de développement socio-économique. La santé apparaît comme un capital, une richesse non monétaire³⁰. Dans le secteur de la santé, les interventions de l'Etat sont multiples. Elles conduisent à des situations complexes s'opposant à l'analyse économique à cause particulièrement de l'interventionnisme de l'Etat œuvrant à assurer l'équité sociale. Le système de santé « socialisant » est marqué par certaines particularités :

Le système assurantiel parrainé par l'Etat : où cohabitent ; deux formes de soins hospitaliers : publics, et privé (lucratif et non lucratif) ; Le secteur ambulatoire est caractérisé essentiellement par une offre privée ; Il existe plusieurs institutions publiques et privées notamment dans les pays

²⁵ Vahabi.M. "From Walrasian general equilibrium to incomplete contracts: making sense of institutions -2002.

²⁶ dans « Uncertainty and welfare economics of medical care -1963 ».

²⁷ En effet dans le domaine de la santé: se produit toujours une concentration de la dépense sur la consommation d'un nombre restreint de produits: (80% de la dépense peut être générée par 5% à 15% des produits.).

²⁸ Traité, d'économie de la santé: Lariboisière –faculté de médecine -1996-France.

²⁹ « Une fonction de production de soins est une fonction d'assurance visant à financer cette production - Mougeot (2000).

³⁰ Bekker, Grossmann M.: "the concept of health capital and the demand for health - journal of political economy ;pp.223-255.Vol .80".

occidentaux chargées de contrôler et de gérer les soins ; les prix des soins sont administrés et remboursés par les pouvoirs publics . Pour expliquer les mécanismes de fonctionnement du marché des soins et les formes d'intervention de l'Etat, l'économie de la santé ne se contente pas de développer les outils de la théorie économique pour expliquer les modalités d'allocation des ressources mais, elle prend en compte l'apport d'autres disciplines ; telles que la sociologie ,le droit ,l'économie publique la théorie des conventions et la théorie des transactions entre autres . Selon D.Castiel ³¹ : « l'économie de la santé se définit comme : une élaboration des données pertinentes (coût/bénéfice) ; un éclairage de la décision en déterminant un optimum collectif qui est différent de la réduction des coûts pour la sécurité sociale ; des résultats utilisables ,en rassemblant des informations pour apprécier le système de santé ; une prise en compte de l'éthique médicale » .Il ya lieu de faire une extension des outils théoriques (économiques) au système de soins afin de comprendre ce système et de vérifier la pertinence de cette extension et ses conséquences théoriques et empiriques .Cela permet de réaliser un travail de compréhension et de réflexion sur la nature du bien « soin » .les caractéristiques du marché en termes de défaillances ,le comportement de l'offre et de la demande ,les modes d'interventions de l'Etat ,l'évolution de cette intervention et les mécanismes de régulation (contrôle contractualisation ,sanction, production de normes juridiques) « Toutefois, si l'intervention de l'Etat est légitime dans ce secteur ; les modalités optimales de cette intervention restent à définir ».³²

3.3. L'hypothèse d'asymétrie d'information et la notion d'incertitude :

Le produit « soin » recèle des attributs particuliers : asymétrie d'information et incertitude. L'incertitude étant la caractéristique majeure qu'on peut retrouver dans le produit « soin » ou service médical .La maladie est cependant imprévisible et correspond cependant à un effet externe négatif qui induit un coût social important.

Selon « K.Arrow »³³, ces caractéristiques perturbent le fonctionnement du marché.Dans cette situation ,on ne peut fixer un prix raisonnable .La « non marchandabilité » de la maladie et la notion de risque «de tomber malade » liée à celle-ci ; montrent l'imperfection du marché dans ce domaine : le marché de la « maladie n'existe pas et les demandeurs de soins ne se présentent pas comme acheteurs ». -L'hypothèse d'asymétrie d'information représente un paramètre qui situe d'une part la relation entre le soignant et le malade, et d'autre part la relation entre le patient et le service « soin ou bien médical ».Cette hypothèse renvoie aux aspects propres du marché des soins : la nature du bien « soin », l'aléa moral, l'anti-sélection, le comportement de l'offre de Soins, le comportement des institutions sociales. La question majeure qui s'impose devant la complexité d'un tel système étant de savoir de quelle manière pourrait on atteindre le stade d'équilibre Pareto-optimal. La recherche de l'équilibre s'oppose à des problèmes spécifiques ,qui furent désignés par K. Arrow (1963) : le pouvoir d'achat et sa répartition ,le système assurantiel et l'intervention des institutions sociales .L'auteur considère qu'il existent plusieurs stades d'équilibre et qu'une répartition du pouvoir d'achat va entraîner ; une augmentation de la demande des biens et des services médicaux , cela va provoquer une augmentation à court terme des prix de ces biens et services ,et à long terme une augmentation de la quantité de ces biens et services. Le critère d'intérêt général semble soutenir l'action des pouvoirs publics, l'intervention de l'Etat dans le marché de la santé et le système de soins s'inscrit donc dans une démarche d'intérêt général et de

³¹ D.Castiel « Economie et Santé :Quel avenir »,Paris Edition Management ;1999.France.

³² « La régulation du système de santé »OMS-Rapport sur la santé dans le monde-Mougeot-2000-Genève.

³³ Ce que K.Arrow appelait , les spécificité du marché des biens et services de la santé ; confronté au modèle classique et par voie de conséquence ne pourrait avoir une fonction dominante dans la régulation des échanges.

bien être social³⁴. Les avis concordent à formuler que cette action s'inscrit dans une logique « Pareto optimale ». L'Etat a la main mise sur le système assurantiel et participe à l'offre de soins hospitaliers. Il exerce ainsi son contrôle sur la gestion du système de santé, par le biais de la fixation des tarifs, l'élaboration des budgets de la sécurité sociale et définit les normes de gestion et de production des soins. Le problème d'asymétrie d'information est configuré dans la relation entre l'Etat et les autres agents (offreurs de soins, organismes d'assurances maladies). Le processus de coordination entre l'ensemble des institutions chargées de la gestion du système de santé soulève une problématique notamment sur la nature des décisions et actions à entreprendre et les tendances des coûts que cela engendre. Dans ce contexte le système de « contrat » apparaît le plus approprié, car il est défini comme un outil de régulation et d'optimisation du système de soins.³⁵

Les relations contractuelles formelles, se délimitent entre les offreurs de soins et les pouvoirs publics (représentés par des agences) entre, Etat et organismes d'assurance maladie et entre les professionnels de la santé et les caisses de sécurité sociale. Ces relations peuvent être appréhendées, sous forme de relation d'agence. Dans cette optique, le contrat permet aux institutions d'atténuer l'asymétrie d'information et de contenir les disparités dans le comportement des agents (offreurs de soins, organismes d'assurance maladie).³⁶

Les individus sont dotés d'une rationalité limitée et ne peuvent par conséquent connaître toutes les incertitudes liées à la notion de maladie et /ou l'efficacité d'un traitement, il en est de même pour le médecin, il ne peut appréhender toute la connaissance dans les sciences médicales, comme il ne peut connaître avec exactitude le traitement adéquat pour telle ou telle pathologie. Cette complexité entachée d'incertitude va nécessiter l'instauration des mécanismes de coordination : « c'est sur cette base que les relations entre incertitude et rationalité nous permettront d'échafauder un schéma explicatif de la coordination en univers incertain : la coordination en avenir risqué (incertitude probabilisable) est permise sur la base d'une relation favorisant l'établissement de contrats(..) »

³⁷L'incertitude et l'asymétrie d'information apparaissent ; comme des paramètres qui sont la cause de la complexité du système des soins. Ces deux paramètres influent d'une part, sur l'offre de soins et d'autre part, sur les relations contractuelles entre les différents partenaires.

3.4. Le contrat de prestation comme outil de régulation du marché des soins :

L'organisation du système de soins est caractérisée par l'existence de relations bilatérales d'ordre contractuel formel et informel. « Le contrat est devenu un objet d'analyse autonome se situant entre le marché et l'organisation (la hiérarchie), c'est un mode de coordination hybride »³⁸. On peut distinguer plusieurs grandes formes de concepts d'ordre contractuels : le contrat social, le contrat moral et le contrat d'échange économique. Chez les philosophes, la notion de contrat ayant porté sur les structures sociétales et étatiques. Ce n'est que plus tard que les économistes attribuent une place importante à la notion de contrat dans une économie décentralisée.³⁹ Les influences de la réglementation sur le fonctionnement du marché et le développement de l'économie capitaliste ont contribué à l'émergence des études portant sur le contrat. La contractualisation est-elle un processus

³⁴ L'optimum de Pareto ne va pas correspondre résolument à l'optimum de bien être social : (J.Biémont, 1980).

³⁵ Organismes d'assurances publiques et assurances privées complémentaires en principe « concurrentielles ».

³⁶ Sous tutelle de l'Etat sont instituées des agences avec formulation de contrats avec les caisses de sécurité sociales qui à l'effet ont pour mission de mettre en œuvre ; la politique de l'offre de soins hospitaliers.

³⁷ P.Durand, S.Béjean, M.Gadreau, 1996.

³⁸ Williamson O. « Les Institutions de l'Economie » Paris Inter Editions 1994.

³⁹ « (Coase 1937, Arow, 1971, Akerloff, Demetz, 1967-1970, Siglitz, 1977, 1952, Williamson, 1975, 1985) ».

ayant pour objectif de construire l'organisation de l'offre de soins et /ou de contrôler cette offre de soins .Le contrat apparait comme un instrument d'analyse des mécanismes de coordination ou de gouvernance et qui présente une dimension juridique et économique .L'organisation du système de soins est caractérisé par l'existence de relations bilatérales d'ordre contractuel formel et informel.

4. Marché de soins et pouvoirs publics :

4.1. La nature du bien et les défaillances du marché :

On peut considérer que la survenue de la maladie est un événement qui peut produire un déséquilibre et dépend de plusieurs facteurs notamment : comportements à risques , expositions à des produits toxiques ,facteurs génétiques (héréditaires)... La demande de soins qui se manifeste avec la contraction de la maladie nécessitera un pouvoir d'achat .En principe, les individus ne souhaiteraient pas être malades ;ils ne vont pas exprimer une demande pour contracter une maladie .La maladie est qualifiée donc d'externalité négative .La maladie ne fait pas l'objet d'un marché ,car elle ne provoque pas la formation d'un prix ni une demande (K.Arrow 1963). En revanche le soin ayant un coût et peut donc faire l'objet d'un marché : il existe en effet une offre ,une demande et un prix . A travers le monde , les Etats optent d'intervenir dans les systèmes de soins , car la maladie provoque une perte de bien être social et représente un coût social élevé .Cette option politique ,ayant conduit progressivement les pouvoirs publics a élargir leur action à d'autres niveaux dans le système ; ce comportement est il justifié par la nature du bien (soin) et de la maladie ou par d'autres considérations d'ordre politique et social ? Tout système de santé est composé d'un marché du soin et d'un ensemble d'institutions publiques et privées .Le système d'offre de soins est caractérisé par plusieurs facteurs :-La variabilité des prix des bien et services, Le système de régulation de l'offre, ainsi que l'interventionnisme de l'Etat(par le biais de ses institutions) . Le marché du soin est donc composé d'agents d'offre de soins et de services médicaux.Le marché de l'industrie médicale est composé de plusieurs segments d'activités que nous pouvons qualifier de sous marchés de soins .L'on retrouve dans le marché de soins les activités portant sur la production de soins ; de médicaments ,de matériel médical ainsi que le marché de l'emploi des professions médicales , paramédicales ,administratifs ,techniques et autres ou encore le marché des assurances .Les différents marchés de la santé ont des caractéristiques particulières et complexes dues à la nature de la maladie ,à la nature du soin ,au comportement des agents (offreurs et demandeurs) et aux modalités de financement ou de prise en charge des soins . L'appréhension du bien « service soin » dans un marché se heurte à des difficultés engendrées par plusieurs paramètres: Caractéristiques de la maladie /maladie ; Maladie /demande de soins ; Demande de soins /prix – qualité ; Consommation du soin /spécificité du soin ; Offreurs de soins médecins/consommateur de soins ; Soins-access aux soins (pouvoir d'achat); Milieu de vie /personne malade ; Collectivité/maladie ; Institution sociale ; Hôpital-prise en charge de la maladie. K.Arrow ⁴⁰: démontre les faiblesses du modèle concurrentiel s'agissant du marché des soins .Il fût amené à l'étude des caractéristiques du soin et de la maladie ainsi que leurs influences sur la demande et le financement (prise en charge) ; dans ce contexte l'incertitude constitue une caractéristique inhérente au marché du soin et à la maladie. Etant donné que la production des soins nécessitent un savoir faire et des investissements, il apparait alors que le coût de production de soins soit élevé ,ce qui peut influencer sur la demande (pouvoir d'achat) et L'évolution des prix .

4.2. La notion de complexité de l'acte « Soin » :

Le soin est un acte , un produit ou un service qui dépend de plusieurs facteurs .Le soin est conçu comme un « acte réglementé » nécessitant un savoir faire et du matériel .La production médicale est

⁴⁰ in (uncertainty and welfare economics of medical care -1963).

donc réglementée et doit obéir à des règles techniques et de connaissances. Le soin est non seulement un bien, mais aussi un service. Chaque soin offert sur le marché, répond donc à une demande et de ce fait il devient identifiable par un système de codification. A l'origine la notion de soin renvoie à celle de maladie (préoccupation d'ordre physique ou physiologique qui inquiète et tourmente), plus tard le soin s'est étendu à la notion de surveillance et de responsabilité. Il existe plusieurs types de soins (primaires et secondaires) soins directs, soins infirmiers⁴¹. L'O.M.S.⁴² définit la notion de soins primaires, les plus importants selon les critères spécifiques « les soins de santé primaires prennent en compte les huit éléments suivants : éducation sur les grands problèmes de la santé –promotion d'une alimentation satisfaisante –approvisionnement en eau potable –soins de santé maternelle et infantile –vaccinations –préventions contre les endémies locales –traitement des blessures courantes –distribution des médicaments essentiels, Cette définition⁴³ rend complexe la notion de soin, car on retrouve l'interaction de plusieurs facteurs, seulement on peut considérer que le « soin » se caractérise par les éléments suivants : -Un savoir faire requis par les professionnels de la santé, des produits pharmaceutiques, des techniques de soins ayant un coût élevé, un degré d'incertitude lié à la qualité de la prestation. Le « soin » est défini comme un acte technique complexe et codifié par les instances de tutelle : Nomenclature Générale des actes Paramédicaux (N.G.A.P)⁴⁴. Ce système de codification permet à chaque acte de soin, ayant un prix de vente, de faire l'objet de remboursement, par les caisses de sécurité sociale. Sur les marchés des soins, il existe une multitude de biens et services soins. Les actes de soins, peuvent être divisés en deux grandes séries : les actes médicaux exclusivement réservés aux professions médicales, et les (actes autorisés) réservés aux professions paramédicales mais qui peuvent être pratiqués par les professions médicales. L'exercice de la profession médicale et paramédicale est encadré par la loi. Cette organisation vise à garantir aux individus, des conditions de sécurité. La codification des actes permet aux organismes de tutelle un prix au bien « soin » que la collectivité peut payer, ou que le système assurantiel peut rembourser.

4.3. le système de codification des actes médicaux :⁴⁵

La notion d'acte de « soin » renvoie à un système de prix. Les pouvoirs publics ont mis en place un système de classification des actes complexes (N.G.A.P) et (C.C.A.M.), ce système permet l'identification des actes autorisés et remboursés par les organismes de sécurité sociale, car on notera que plusieurs actes ne donnent pas droit à rétribution tels : les actes de prévention qui sont supposés légitimement à la charge des pouvoirs publics. Le prix de l'acte dépend ainsi de production ; la classification permet d'identifier l'acte « soin », son prix et son exécuteur. Lorsqu'un professionnel de santé réalise un acte, celui-ci est enregistré sur une feuille de soins « en papier ou électronique sous forme d'une lettre clé accompagné d'un coefficient multiplicateur : C (consultation), V (visite), KC (petite chirurgie), KCC (chirurgie), Zn (radiologie), KE (radiologie), PRO (prothèse), FSO (forfait bloc opératoire), K5,6 (électrocardiogramme)... La production de l'acte de soin recèle donc les caractéristiques suivantes : -L'acte de soin est codifié par la nomenclature ; L'acte codifié est un acte autorisé ; L'acte codifié est un acte qui présente un

⁴¹ (E. Rushet B. Thélot, 1994).

⁴² Charte de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ; définissant les principes, fonctions et attributions de base du système de santé.

⁴³ (E. Rush, B. Thélot, 1994).°

⁴⁴ Nomenclature reprise en Algérie dès 1974 avec des valeurs différentes. En France elle sera remplacée par la C.C.A.M (la classification commune des actes médicaux) en 2004.

⁴⁵ La codification des actes médicaux permet de mesurer la production (l'activité) elle prend en compte les diagnostics sans faire intervenir les résultats de santé (efficacité et utilité) des procédures pratiquées. » dans, analyse de la production médicale P.387 –Degoulet et Fisher-1996.

prix ,qui dépend souvent de la qualité de celui qui l'exécute ;Le prix de l'acte dépend de son coût de production . Les actes sont répertoriés par la nature, par profession, et selon l'espace géographique et temporel (en intra-hospitalier ou en cabinet, nuit, jour) et les conditions de leur production (type de matériel, fréquence, actes associés, actes isolés ...). La nomenclature (N.G.A.P.) correspond à un dispositif qui codifie les actes .Elle est parfois contestée par certains professionnels de la santé ,car elle recèle moins de précision .Cette codification est souvent modifiée .Le médicament peut être également considéré comme un produit « soin » , les produits pharmaceutiques ont une visée thérapeutique .La notion de médicament est bien encadrée par la loi et sa définition est précise contrairement à la notion de « soin » .Les conditions de prescription , de distribution et de publicité en général concernant le médicament sont définies par la loi le médicament avec sa commercialisation, doit faire l'objet d'une autorisation préalable .Les médicaments qui font l'objet d'un remboursement par les caisses de sécurité sociale sont également codifiés par le biais de vignettes ; leur tarifs sont fixés et font l'objet de publication officielle .

4.4. La gestion de l'information:

Les systèmes d'information permettent aux organismes de tutelles et aux organismes d'assurance maladie de mieux connaître les conditions d'allocation des ressources, l'évolution qualitative et quantitative des actes ainsi que l'évolution des dépenses de santé. Les organismes de sécurité sociale utilisent généralement leurs systèmes d'information afin d'exercer un contrôle à posteriori sur les actes exécutés par des professionnels de santé et de réaliser des études rétrospectives. Les structures hospitalières de soins ont mis en place des unités de programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.) .Ce système permet de traiter les données codifiées afin de classer et constituer des groupes homogènes de malades (G.H.M.) et permettre l'évaluation des actes.⁴⁶

5. La Classification des « Biens de Santé ».

5.1. Les biens d'expérience :

Plusieurs travaux appartenant à différents auteurs ont permis d'expliquer la notion de bien Le prix et la qualité constituent cependant deux paramètres important dans le choix du « bien » par le consommateur.les caractéristiques des biens de confiance furent élucidées par M.R.Darby et E.Karni⁴⁷ .Il fût déterminé en effet quatre grandes catégories de biens : les biens d'expérience ,les biens de recherche ,les biens de confiance ou de croyance et les biens controversés . En pratique ,le choix du consommateur est complexe et dépend de plusieurs facteurs (P.Nelson)⁴⁸ .Le consommateur se situe par rapport à une situation donnée entre plusieurs options et évalue l'utilité de chacune d'elle , c'est ainsi que le principe recherché est lié à l'authenticité de la qualité qui occupe par ailleurs la principale préoccupation pour le consommateur .Quand le consommateur veut connaître la qualité d'un produit alimentaire quelconque ,il choisi la voie de l'expérience et procède à l'achat, en testant plusieurs produits de même type ;à partir de là il peut faire un choix parmi les différents types de produits testés .Ce processus d'expérience permet au consommateur, d'obtenir des informations sur le bien acheté. L'achat et l'usage du bien permettent au consommateur d'évaluer ses caractéristiques .Quant l'essentiel des caractéristiques du bien appartiennent à des caractéristiques d'expérience, le bien obtenu est dit bien d'expérience : l'information relevant, les caractéristiques du bien acheté est obtenue ex-post .

⁴⁶ (E.Rush et B.Thélot) dictionnaire de l'information en santé publique ;Paris Frison-roche ;1994.

⁴⁷ in« free competition and the optimal amount of fraud »1973. La notion de prix a été traitée par :(G.Stigler 1961).

⁴⁸P.Nelson : Notion de laqualité « Information and consumer Behaviour “Journal of political economy .Vol 78 -pp.311-329.1970.

5.2. Les biens de recherches :

Les biens de recherche ont des caractéristiques de recherche ; les biens et les marchandises de recherche se caractérisent par le fait que leur qualité est mesurable avant l'achat, la consommation ou l'usage. L'acheteur a besoin en effet d'être informé sur la qualité du bien avant même de se le procurer. Selon « Nelson » il existe des biens où le processus de recherche est inadéquat, il est plus utile au consommateur de les évaluer en les achetant qu'à procéder à des recherches. Le choix des processus de recherche et d'expérience sont complexes, et dépendent de plusieurs facteurs : la nature du bien, le prix, le coût de la recherche. Les produits de consommation courante par contre sont assimilés à des produits d'expérience.

5.3. Les biens de confiance :⁴⁹

Dans cette situation ; l'évaluation de la qualité du bien est intimement liée à la confiance accordée au prestataire par le consommateur. Ainsi les qualités de confiance sont celles qui ne peuvent être évaluées dans un usage normal. La détermination de leur valeur nécessite une information complémentaire qui présente un coût. L'évaluation de la qualité occupe une place importante ; dans la relation médecin /malade. Quand une personne est malade, elle ne peut connaître ou moins la qualité de la prestation ou le résultat de la consultation ou du soin dont elle peut bénéficier. Devant cet aléa d'ordre informationnel, qui régit la notion de soin, la relation qui se constitue entre le patient et le médecin est spécifique, ainsi que le consommateur ne peut connaître réellement les spécificités d'un traitement (indications et les contre indications des produits médicamenteux prescrits et leurs effets à long terme). L'existence d'incertitudes liées « au soin »⁵⁰ nous permet de qualifier que les soins recèlent des qualités de croyance « les qualités de croyance apparaissent dès qu'un bien est utilisé, soit en combinaison avec d'autres biens comportant des propriétés incertaines ». Cette absence d'information, oblige le patient à faire confiance à son médecin traitant, et l'on peut dire que la prestation médicale représente un bien de confiance car le patient se situe dans l'impossibilité de juger de la qualité réelle du traitement et que la question du doute, produit un effet négatif et de ce fait agit sur l'efficacité thérapeutique du traitement. Par conséquent, le patient se trouvant « en situation d'ignorance » est dans l'obligation de faire confiance à son médecin par souci d'efficacité du traitement. Toutefois, l'Etat est garant de la protection des individus, contre les risques sanitaires. D'autre part le médecin respecte en principe les règles de déontologie médicale, il est dans l'obligation de se maintenir dans le cadre d'un système d'organisation ; régissant la production médicale et se soumet aux codes prescrits par les pouvoirs publics.

5.4. Les biens « controversés » :

Cette catégorie de biens correspond à des produits dont les caractéristiques, ne peuvent être connues avant l'achat, ni directement par l'usage, ni encore par le biais de dépenses d'information supplémentaires⁵¹. Dans le domaine des soins cette situation est illustrée, par le phénomène de l'aléa thérapeutique et des effets indésirables inconnus liés à la consommation de ces biens. L'aléa thérapeutique correspond à la situation où les conséquences d'un acte chirurgical par exemple ; sont

⁴⁹ Selon « Karni et Darby ; la situation est illustrée par le biais de l'exemple du marché de la réparation des voitures. Dans ce cas, le propriétaire d'une voiture qui voudrait réparer sa voiture ignore la qualité de la prestation en revanche il est amené à payer le juste prix permettant de régler le coût de la prestation. Le consommateur ne peut pas être forcément expert pour en déterminer la nature et la qualité de la prestation dont il a bénéficié. Ces produits sont appelés donc des marchandises de confiance.

⁵⁰ K. Arrow et Darby (1963) : « Uncertainty and the welfare economics of medical care » the American economic review » dec .1963.

⁵¹ (biens de croyance) « pour la simple raison que l'information dans la période considérée n'est détenue par aucun groupe d'acheteur Ces biens ont des attributs dont l'ignorance est partagée entre le fournisseur et le consommateur : (S.Lupton 2001) ».

imprévisibles par le chirurgien ainsi que par le malade ayant subi l'acte. Face à l'évolution des théories du droit médical ; la notion « d'obligation de moyens » est prise avec prudence car ; souvent le praticien est jugé comme avoir failli à ses responsabilités ; bien que la notion d'asymétrie de l'information est présente. Il apparaît donc difficile ; de classer le bien soin d'une manière précise dans l'une des catégories citées L'incertitude et l'asymétrie d'information ; nous permet de conclure que le « soin » se situe entre les deux catégories de biens (biens de confiance et biens controversés). Selon le modèle néoclassique ; si les individus sont rationnels ,ils peuvent alors connaître la probabilité des événements liés à cette incertitude. Dans le domaine de la santé , il est cependant difficile de prévoir l'évolution de telle ou telle maladie (dans l'organisme ou dans la population) ,ni la qualité d'un traitement ,il apparaît donc difficile de trouver les lois de probabilités permettant de déterminer cette forme d'incertitude . Ainsi la « probabilisation »⁵² de la maladie est confrontée à des variables peu expliquées à savoir :

La nature de la maladie; L'évolution de la maladie dans le temps; Le tableau clinique que présente le ou les malades; La qualité du traitement; L'évolution des procédés thérapeutiques. La mise en place d'un système afin de répondre aux contraintes liées aux soins appartenant aux biens controversés (traitement comportant des risques ignorés par le producteur, le patient et les autorités sanitaires) nécessite l'intervention d'un tiers. Par rapport à cette situation le degré de risque ne peut pas être évaluable (non probabilisable) et le marché ne peut pas remplir cette fonction. Une intervention en amont supportant un coût supplémentaire s'avère nécessaire. Cette mesure est appelée à protéger ex-post les autres consommateurs de ce type de biens. Les autorités de tutelle interviennent dans le système par la mise en place de structures de protection à l'exemple de la « pharmacovigilance ». Les médecins qui décèlent chez les patients des effets indésirables graves liés à l'utilisation d'un médicament sont dans l'obligation de signaler cet événement ,ainsi les autorités sanitaires et le laboratoire concerné sont informés et éventuellement le médicament est retiré du marché. La relation entre médecin/malade est une relation d'ordre contractuel informel. Néanmoins cette relation dépend du statut du médecin et du lieu d'exercice de ce dernier. Dans le secteur ambulatoire ,ce type de contrat peut être qualifié de contrat privé régit par le droit privé. La responsabilité médicale dans la relation médecin /patient modifie les liens entre le médecin et le patient , de nos jours on assiste de plus en plus à des situations où les patients se retournent contre leurs médecins devant les tribunaux pour demander réparation. Ce type de comportement provoque des conséquences sur l'évolution des primes d'assurance contre les risques professionnels. Les assureurs se trouvent dans l'obligation d'augmenter les prix des primes d'assurances (de responsabilité civile des professionnels de santé). Dans ce cas il est probable que l'augmentation des polices d'assurances provoque à terme un rationnement des soins avec l'augmentation des tarifs où les médecins se trouveraient même dans l'exercice de leur métier hors du champ de couverture des caisses d'assurances (hors champ conventionnel). Dès lors les pouvoirs publics souhaiteraient par rapport à cette situation ambiguë , s'accorder à transférer une partie des risques lourds sur la solidarité nationale avec la création d'un fond national de financement .

⁵² Domaine de l'épidémiologie : « mesurer la santé » : c'est se doter d'outils, d'indicateurs permettant une évaluation qualitative de l'état de santé. Cette mesure peut concerner une personne ou un échantillon de population donnée. Les indicateurs fondés sur les critères de : vie Non vie ainsi que taux de natalité /Mortalité/Morbidité , sont les plus utilisés. Ainsi la prévalence d'une maladie dépend à la fois de l'incidence de la maladie et de sa durée moyenne. Si D et I sont constants dans le temps on obtient la relation $(P = I \times D)$; l'augmentation de la prévalence peut être le signe d'une amélioration de la santé. Cf. : Concepts et information en santé publique –F.Gremy-1987.

6. La prestation de soins perçue comme production spécifique.⁵³

6.1. la spécificité de la production de soins :

La production de soins effectuée sous forme d'examen clinique et par acliniques, d'actes chirurgicaux de schémas thérapeutiques ou prescriptions de médicaments nécessite un savoir faire médical et des moyens matériels. Par conséquent les soins nécessitent un investissement spécifique concrétisé à travers les équipements de diagnostic et de thérapeutique dont doivent disposer les agents d'offre de soins à savoir :

- Equipements de radiologie (scanner, échographie, appareillage divers ; instrumentation de chirurgie ; infrastructure spécifique ; des connaissances médicales et techniques L'ensemble des connaissances scientifiques et technique dont doivent disposer les médecins peut être assimilé au capital humain ; les moyens matériels dont disposent les structures hospitalières concourant à la production des soins correspondent à des investissements matériels. La formation et les connaissances qui en découlent sont considérées comme investissement. Le capital humain peut se définir comme l'ensemble des connaissances (générales et particulières) acquises ; et qui jouent un rôle important dans la fonction de production. Ces connaissances évoluent et s'accumulent pour constituer un capital ou encore un investissement corporel. Le capital humain représente un coût : le coût de la formation, le coût lié au choix de travailler ou s'abstenir (coût d'opportunité), le coût d'acquisition des connaissances. Dans le secteur de l'industrie de soins ; le capital humain occupe une place centrale. Les personnes qui se présentent sur le marché doivent posséder des compétences (qualification) et le processus de recrutement ; est réglementé par les pouvoirs publics L'hôpital en sa qualité d'employeur et d'offre de soins est amené non seulement à investir mais aussi à former ses employés à l'utilisation et à l'entretien de nouveaux équipements. Depuis plusieurs années l'évolution des structures de soins a été marquée ; par la spécialisation de leurs activités. Ce processus est marqué par, l'acquisition de nouveaux équipements et de plateaux techniques spécifiques et procéder ainsi au recrutement du personnel qualifié. Le système de soins connaît systématiquement un développement rapide allant vers l'apparition des pôles de spécialisation :

- La Chirurgie cardiaque ; La neurochirurgie ; la radiothérapie ; la chirurgie thoracique ; La chirurgie des brûlés ; la greffe des organes ; la radiologie IRM... Les systèmes de soins sont caractérisés par une planification de l'offre de soins hospitaliers. L'Etat y intervient dans ce mode de planification en identifiant les besoins (équipements, infrastructures...). L'acquisition des actifs est généralement soumise à une autorisation administrative. Les autorités de tutelle en matière de planification des actifs spécifiques ; protègent les transactions (soins) contre les incertitudes ; et dans certains systèmes de santé ces modalités peuvent induire l'émergence des monopoles⁵⁴. Concernant le secteur ambulatoire (offre de soins effectuée en extra-hospitalier), la protection des actifs spécifiques est plus complexe, le problème majeur concerne le prix à payer pour bénéficier du soin, le contrat liant le patient au médecin, le degré de concurrence entre les offreurs des soins et le type de convention liant le médecin à la caisse de sécurité sociale. Ainsi la relation contractuelle entre médecins spécialistes installés en ambulatoires et les caisses de sécurité

⁵³ « La mesure de la production de la production apparaît, comme un préalable à l'évaluation de l'efficacité définie comme l'optimisation du rapport entre la qualité du produit offert et son coût. A l'échelle des hôpitaux ; cette mesure de la production constitue aussi un outil stratégique d'évaluation et de gestion » (Philippe Lejeune-Revue-Hospitals.BE.)- Titre de l'article : Mesurer la production des soins hospitaliers-N°245-2001-Belgique.

⁵⁴ –The national health système de santé Anglais : existence de cabinets de groupe et des délégations d'achats par suite de l'impossibilité pour le Secteur public de satisfaire la demande du marché. Les cabinets ont la possibilité de gérer un budget (GPFH : General Practice Funds Holders). Aux Etats-Unis d'Amérique : il n'existe pas de système d'assurance obligatoire, la population a recours à l'assurance privée à titre individuel ou par le biais de l'employeur ; les lois du marché déterminent le montant des primes. (système pluraliste).

sociale semble exposer les transactions de soins à de fortes incertitudes : liberté des patients dans le choix de leurs médecins

(contrat informel entre médecin et patients) tarifs fixes du bien soin (tarifs administrés) ce qui par conséquent influe sur le comportement des agents (de l'offre) à savoir , non respect par les médecin du cadre contractuel ; augmentation des tarifs des actes : dépassement des honoraires⁵⁵ , rationnement des soins (au cas où il ya changement du schéma contractuel d'où application d'autres tarifs). Dans certains cas , la déontologie n'est pas prise en compte dans la tarification des actes .On citera l'exemple des consultations à titre privé ; où les médecins souvent décident volontairement de sortir du cadre contractuel afin de pratiquer le dépassement des honoraires (cas des cabinets et cliniques privées en Algérie depuis la promulgation du droit à l'exercice libéral de la profession 1983). « En fait la « liberté d'installation à titre privé » renvoie nécessairement à certains principes : le médecin en effet se fait payer chaque acte qu'il pratique totalement et directement par le malade lui-même ,la sécurité sociale intervient pour rembourser ce dernier .Il peut donc agir (tant) sur le volume de son travail que « le prix » des actes qu'il fournit de façon à maximiser ses revenus et à optimiser son temps de travail ; cela découle de deux principes complémentaires : l'entente directe et le paiement à l'acte, lesquels permettent une opacité fiscale certaine ».⁵⁶

7. Les politiques de santé.

Les sociétés modernes considèrent la politique de santé comme une des politiques sociales des plus importantes. Les problèmes de santé ne peuvent être laissés au choix des individus parce qu'ils traduisent des incidences graves et peuvent menacer la stabilité sociopolitique d'un pays donné. A cet effet, les gouvernements élaborent des politiques de santé ; afin d'assurer la prise en charge des problèmes sociaux de la population. La politique de santé, touche ainsi d'autres branches de l'économie tel que le médicament, l'équipement médical, la formation de l'individu à la haute technologie ... La politique de santé se définit donc comme les actions publiques visant à améliorer ou maintenir l'état de santé d'une population :(selon l'organisation mondiale de la santé). Le développement économique et social, et les découvertes scientifiques ont abouti à un changement d'objectif visé par les différentes politiques sanitaires, Il ne s'agit pas de lutter contre la mort, mais plutôt de lutter contre les maladies ; qui influent sur l'état de santé des individus.

Une politique de santé s'articule au tour des éléments suivants : a) une politique de soins ; lorsque l'état de santé est détérioré. b) Une politique de réparation des conséquences. c) la politique de prévention: ce sont les actions entreprises pour empêcher le déclenchement de la maladie ou de l'accident.

- La prévention primaire: Comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.

- La prévention secondaire: Qui vise à diminuer prévalence d'une maladie dans une population. Il s'agit donc de réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. En présence de la maladie ou de l'accident les soins deviennent nécessaires, deux objectifs fondamentaux sont assignés aux politiques publiques :

- le développement du système des soins et la possibilité égale pour tous d'y accéder.

- Le coût des soins, la place des structures hospitalières dans la vie sociale ; font de la politique de santé essentiellement une politique de soins. Durant la période de la maladie, le patient

⁵⁵ Le dépassement d'honoraires étant le supplément par rapport au tarif conventionnel supporté par le patient et non remboursable par la sécurité sociale (restant à sa charge). Pour la France en (2004) le volume de dépassement a été évalué à :6 Mrds. D'euros . (Statistique de l'OMS)-Department health system financing-Discussion paper –N°1.-2005.

⁵⁶Fatima. Zohra.Oufriha ,dans : « Cette Chère Santé » (une analyse économique du système de soins en Algérie).page57-chap. 3 –Publication O.P.U.-Octobre-1992-Alger.

doit faire face à une perte temporaire. Le système de protection sociale vient compléter son rôle par le biais du versement des indemnités. Lorsque l'handicap demeure permanent, la réparation relève des soins de la sécurité sociale dévolue pour prendre en charge les risques sociaux subis par les assurés et les ayants droits. Les assurés sociaux, reçoivent un revenu de remplacement de la part de leur régime d'assurance maladie puisque la capacité de travail se trouve réduite. La réinsertion des handicapés victimes de maladies ou d'accidents, compte parmi l'ensemble des politiques sociales ayant pour but l'aide matérielle et sociale ; couverts par l'Etat et l'assurance sociale.⁵⁷

7.1. L'organisation des systèmes de santé (quelques modèles) :

7.1.1. Définitions :

Le système de santé est défini comme étant l'ensemble des moyens matériels, financiers et humains, mobilisé par une communauté en vue de prendre en charge les besoins de santé de sa population. Les systèmes de financement et de prestation de soins médicaux varient dans le monde. La politique de santé touche l'ensemble des politiques sociales et structurellement conçue selon les principes idéologiques propre à chaque nation. Actuellement nous pourrions distinguer quatre grands types de modèles.

- Le système libéral ou système d'assurance privée : ce modèle est régi sur le principe de souveraineté du consommateur. Il se caractérise par la couverture du risque de maladie au moyen de primes d'assurance versées à des compagnies privées par les employeurs ou les particuliers. C'est un système basé essentiellement sur la libre entreprise dans lequel l'usager (demandeur de soins) est soigné en fonction de ses revenus. L'Etat intervient de façon très limitée pour aider les couches sociales les plus démunies.⁵⁸

- Le système d'assurance sociales le Modèle Bismarck : Caractérisé par une protection sociale universelle obligatoire. Le financement est effectué par des cotisations patronales et personnelles par l'intermédiaire des caisses d'assurances sans but lucratif. Dans son ensemble, il s'agit d'un système de remboursement ultérieur des soins reçus dans un établissement privé. Dès lors l'État prend l'engagement de fournir des soins de santé considérés comme un droit des citoyens. Des modalités contractuelles sont établies avec la sécurité sociale.

- Le service national de santé : le Modèle Beveridge : Il s'agit des dispositions dans lesquelles le gouvernement fournit une structure pour assurer les soins. Ces soins sont payés par les fonds publics mais selon les modalités de paiement préalables. Le financement du système est effectué par la fiscalité nationale générale.⁵⁹

- La médecine étatisée :

C'est le système où l'État fournit lui-même la plupart des services de santé. Il possède et gère les installations, recrute et emploie tous les professionnels de la santé. Les médecins sont des fonctionnaires payés par l'État. Les pays qui adoptent ces modèles sont pour le service national de santé le royaume uni et l'Italie pour l'assurance privée les États Unis et enfin pour la médecine étatisée l'U.R.S.S, l'Europe de l'Est et Cuba⁶⁰. Tous les systèmes visent l'efficacité dans l'affectation des ressources et l'équité dans leur réparation. Ils comportent également des incitations à mieux

⁵⁷ Lévy Emile' « la demande en économie de santé »op. cité ,p.38-1987 -La CMU en France ou Couverture Maladies Obligatoire ; couvre les personnes dépourvues de droits aux prestations de soins ; pourvu qu'ils remplissent les conditions de résidence stable et régulière ».

⁵⁸ La Santé : financement et prestations (analyse comparée des pays de l'OCDE études de politique sociale N°41987 p.p.124-131 réf thèse de magister février 1995.

⁵⁹ Tous les résidents ont droit à l'ensemble des prestations et les services de santé (Royaume uni-Suède 6finlande-Italie_Espagne –Portugal –Danemark-Canada –Australie-Nouvelle Zélande)... Certains payas come l'Espagne ; la grèce ;le Portugal espèrent effectuer le passage au régime universel).

⁶⁰ •F.Chaoui : "Une vision des objectifs nouveaux (février 1990).

doter les secteurs les plus sensibles, avoir pour apprécier l'efficacité de l'affectation des ressources, il faut mesurer la santé de la population et réussir à mettre en rapport les dépenses et les résultats. La santé en tant que service public connaît un phénomène en expansion devant être visiblement élucidé aux fins d'allocation rationnelle des moyens et ressources l'Etat en assure la prise en charge, et à partir de là est née l'idée de la nécessité d'établir des politiques cohérentes de la santé, tant dans les structures politico administratives que dans les actions sanitaires elle-même.

7.2. L'organisation de l'offre et la demande de soins :⁶¹

Toutes les populations aspirent à la santé, chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation chargé de répondre à cette demande. L'organisation des professions de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement des soins est appelée ainsi systèmes de santé. Chaque pays ayant le libre choix de parfaire son organisation selon ses aspirations historiques, politiques et, morales. Comme aucune organisation ne peut être parfaite, une étude comparative des systèmes s'impose en vue de l'étude préliminaire de l'économie de santé. On peut considérer que l'organisation d'un système de santé peut s'apparenter à un jeu de construction de type Logo, dont le schéma peut être représenté comme suit :

⁶¹ L'offre de soins est représentée globalement par toutes les institutions qui sont organisées dans un système de soins (institutions publiques et privées – professionnels publics et privés). Dans le privé, il existe cependant des établissements privés lucratifs et des établissements privés non lucratifs (cas Français).

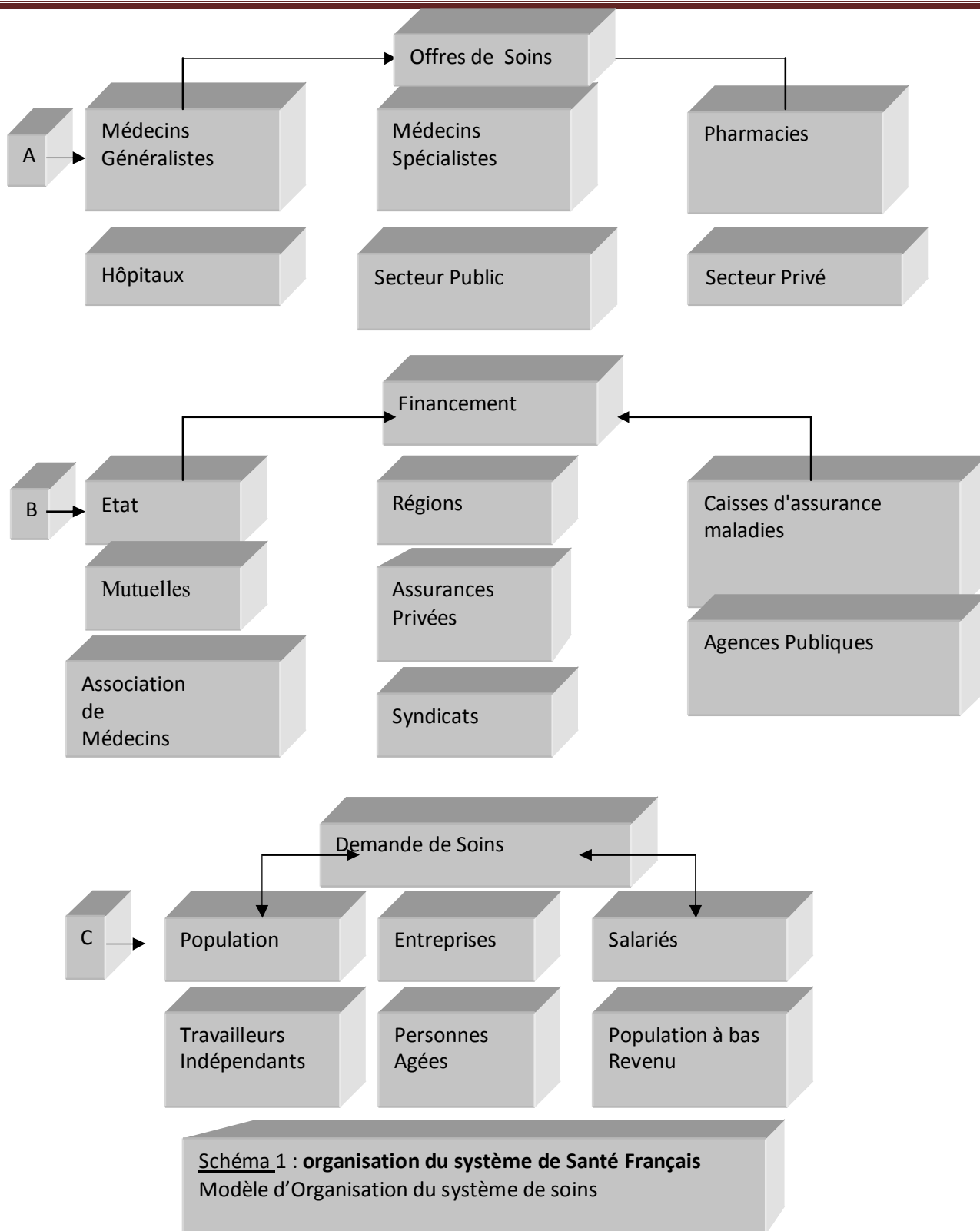


Schéma 1 : organisation du système de Santé Français
Modèle d'Organisation du système de soins

Figure.1 : Organisation d'un système de santé⁶²

8. L'organisation des systèmes de Santé en Europe.

Depuis plusieurs années, l'intervention de l'Etat dans la vie économique et sociale a été la source de polémiques. Les débats suscités tant en économie qu'en politique économique ; cherchent à déterminer le degré d'efficacité de l'action publique par rapport à ces interventions. A l'échelle

⁶² Ref. CazabanM,Duffour J,Fabbro Peray P. "organisation sanitaire et sociale ; les systemes de santé publique-Edition Masson -5/9.

Européenne ; les interventions de l'Etat dans la vie économique et sociale deviennent ; de plus en plus encadrées .Les Etats membres de l'Union Européenne ont pour mission de limiter leur déficit public alors même qu'ils sont libres dans la gestion du secteur de la santé (système de santé).⁶³

Les Etats membres se doivent d'intégrer d'une manière libre la construction des politiques sociales plus proches des citoyens .Le monopole des Etats sur la gestion de l'assurance maladie ; n'est pas remis en cause ,le principe de concurrence est écarté au sens que ; les systèmes assurantiels ne sont pas des entreprises au regard du droit communautaire .Les partenaires élaborent dans leurs choix politiques des conventions d'aide et de coopération en matière de santé publique et des conditions d'accès aux soins .Les conventions de coopération entre les systèmes assurantiels des pays membres ont connus de nettes améliorations avec notamment ; le droit des assurés de se faire soigner dans les pays de l'espace européen .Ainsi les pays de l'Union européenne intègrent dans leurs choix politiques des considérations d'équité sociale et d'intérêt général .l'explication des choix politiques est cependant complexes car les choix ne sont pas uniquement d'ordre social, mais parfois guidés par des objectifs spécifiques d'ordre politique .

les théories économiques s'appuient sur des hypothèses afin d'expliquer ⊕ les choix politiques, les institutions, la politique ; le droit ,la famille ,et la morale)⁶⁴ L'intervention de l'Etat peut s'inscrire dans une dimension d'intérêt général par la conception des services publics de différentes natures .

8.1. Le Système de Santé Français :

Le système de santé français essaie de concilier ; les principes du libéralisme et ceux de la solidarité à travers un système de financement socialisé. Le financement du système de santé est assuré pour sa plus grande part par la sécurité sociale, organisme "privé" crée en 1945, mais en réalité quasi public puisque parrainé par le ministère de la santé. Participant également au financement les mutuelles, les états les ménages et les assurances privées. En 1992, la sécurité sociale a couvert 72,2 % des dépenses nationales de santé courantes, les mutuelles 6,6 %, l'état 3,6 %, les ménages et les assurances privés 17,6 %.

Les recettes de la sécurité sociales proviennent essentiellement des employeurs et des assurés, et pour une partie plus faible (10 %) des subventions de l'état. L'adhésion au risque du même nom. Elle est constituée de système de sécurité sociale est obligatoire et couvre l'ensemble de la population française (98 % un 1989).

La sécurité sociale est formée de quatre branches : maladie, famille, vieillesse et accident de travail qui du point de vue financier ne sont pas cloisonnées La branche maladies couvre les différentes caisses qui sont caractérisées par l'activité professionnelle de leurs adhérents : Saliés (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs ou (C.N.A.M.T.)⁶⁵, appelée encore régime général. Les services offerts sont différents d'une caisse à l'autre en revanche, le principe de compensation des ressources entre les caisses (sous la responsabilité de la (CNAMT) est acquis. L'offre de soins est caractérisée par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé. En 1992, parmi les 155.896 médecins pratiquant en France, les 70,8 % ont une activité libérale. Parmi ceux-ci on distingue 53,7 % de médecins généralistes. La médecine de groupe se développe considérablement. La rémunération des praticiens libéraux est fondée sur le principe des honoraires qui sont négociés par la profession et, la sécurité sociale. Deux possibilités sont offertes aux médecins : soit accepter une convention qui comprend deux secteurs, soit la refuser ; L'acceptation de la convention en

⁶³ (J.C. Boual , 2000). « La construction européenne joue un rôle spécifique parce que c'est au niveau européen aujourd'hui que le cadre réglementaire et législatif des services d'intérêt général est élaboré ».⁶³

⁶⁴ (Z.Zairovski,2000)

⁶⁵ L'ordonnance de 1945 institue les caisses de sécurité sociale : le régime général d'assurance maladie ;les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses régionales qui sont des caisses privées sauf la C.N.A.M.T.S.

secteur impose la pratique d'honoraires fixes régulièrement négociés par les syndicats avec la sécurité sociale. En échange, le médecin a des charges sociales personnelles peu élevées et sa clientèle est fidélisée par le fait qu'elle bénéficie d'un taux important de remboursement des soins pratiqués (environ 70 %) ; L'adhésion du secteur 2 permet de bénéficier d'un droit au dépassement, honoraires conventionnels. Le médecin aura alors à sa charge des contributions sociales très élevée et le remboursement des soins à sa clientèle ne sera calculé que sur le montant des honoraires du secteur 1.

En 1998, 21 % des médecins libéraux exerçaient en secteur 2 et pratiquaient des honoraires de 20 % plus élevés en moyenne. L'afflux de plus en plus important des médecins vers ce secteur dit (à honoraires libres) a contraint les pouvoirs publics à geler son accès en 1990. (L'admission au secteur 2 nécessite désormais certains titres hospitaliers ou une certaine ancienneté. En 1992, environ 28 % de médecins libéraux exerçaient en secteur 2. Les rares médecins ayant choisie d'exercer " hors connections" ont la possibilité de fixer librement leurs honoraires. En revanche, ils devront payer des charges sociales très élevés et leur clientèle ne pourra obtenir qu'un remboursement symbolique des soins qu'ils pratiquent.

Les médecins ont le libre choix de leur lieu d'installation et sont libres de leurs prescriptions. Une information où ; ces dernières sont délivrées par la caisse maladie sous la forme de tableaux statistiques d'activité des praticiens (TSAP), depuis 1994 des références médicales opposables (RMO) sont publiées, elles indiquent aux médecins ce qui ne doit pas être présent dans des cas sauf exception dûment motivées. Le secteur hospitalier est constitué par des hôpitaux publics (1077 établissements comprenait 363.115 lits en 1990 non compris les places d'hospitalisation partielles et l'hébergement pour les personnes âgées) et par des établissements privés (2390 établissements comprenant 195.578 lits en 1990 non comprises les places d'hospitalisation partielles et l'hébergement pour les personnes âgées. Ces derniers se répartissent en hôpitaux privés à but non lucratif (environ 1/3) et en hôpitaux privés à titre lucratif. Hôpitaux public et privés sont soumis à la règle du budget global.⁶⁶ Le secteur pharmacologique est l'un des secteurs les plus contrôlés puisque les prix des spécialités sont sévèrement contrôlés et fixés à un très bas niveau. Un accord état industrie signé en janvier 1994 consiste à libérer les prix de certains médicaments 'contre' un engagement sur les volumes et une baisse des dépenses de promotion. La distribution est également soumise à un sérieux contrôle, tant en ce qui concerne les possibilités d'ouverture d'une officine que les marges accordées aux pharmaciens. Le consommateur possède un droit de libre accès aux structures de soins. Il choisit à son gré tel médecin généraliste ou tel médecin spécialiste et il consulte aussi souvent qu'il le souhaite. Il paie directement son médecin et est remboursé par sa caisse sur la base de 70 % (ou 75 % selon la caisse) des honoraires conventionnels. En outre, le solde ou une partie de celui-ci lui est remboursée, s'il a souscrit une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle ou d'une assurance privée. Des médicaments qui lui sont prescrits font également l'objet de remboursement, s'ils appartiennent à la liste des spécialités remboursées par la caisse maladie. Le taux de remboursement varie (35 %- 65 %- 100 %) en fonction de la spécialité et de la maladie dont est atteint le patient. La pratique du 1/3 payant se généralise actuellement. Le patient a dans ce cas, la possibilité de ne payer au pharmacien que la partie à sa charge, l'autre partie étant directement payée au pharmacien par la caisse. Cette pratique du 1/3 payant est très largement utilisée par les soins hospitaliers. Si le patient utilise une structure publique, il ne reste à sa charge qu'un ticket modérateur et depuis 1983, un forfait hospitalier de soins qui est une participation

⁶⁶ Les enveloppes globales de financement ont été introduites en France pour limiter les dépenses (Cash limit) aux fins de veiller aux grands équilibres (1997 : fixation des budgets en fonction des dépenses antérieures).

journalière forfaitaire aux frais d'hébergement. Si le patient utilise une structure privée, et si cette dernière ne possède pas d'agrément avec la sécurité sociale, l'ensemble de ses dépenses sera à sa charge .

8.2. La réforme du système français de 2004 .⁶⁷

le système français évolue depuis 1945 la totalité de la population est assurée par un régime de base (régime général ou régimes spéciaux) .Pour les plus démunis , la couverture maladie universelle (CMU) créée le 1^{er} janvier 2000 assure une affiliation au régime de base et une couverture complémentaire gratuite .les malades souffrant d'une affection grave et de longue durée peuvent être exonérés du ticket modérateur ; Jusqu'à la réforme de l'assurance maladie de 2004 chaque assuré pouvait choisir son médecin généraliste et son pharmacien et était libre de consulter les spécialistes de son choix et pouvait lui-même solliciter son hospitalisation. Il bénéficie de tous les soins de santé sans limitation du nombre de consultations ou de prescriptions, dans le respect de la réglementation .La responsabilisation des assurés donnait lieu ; au paiement d'un ticket modérateur pour toutes les dépenses de santé et du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation⁶⁸ . La réforme a en effet restructuré l'offre de soins et responsabiliser le patient ; le médecin traitant choisi librement par le patient adresse le patient, avec son accord vers le professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation spécifique. Les patients qui ne souhaitent pas s'inscrire dans ce dispositif ; appelé parcours de soins se voient appliquer une majoration de la part restant à leur charge . La contribution forfaitaire⁶⁹ étant évalué à 1 euro à la charge des assurés pour les actes réalisés par les médecins et de 18 euro pour les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros . la contribution est plafonnée à 50 euros par annuité pour les actes auxiliaires (médicaments – consommables –transport) le taux plafonné étant de 50 euros par an et par assuré .

- Le Règlementation de la santé publique et de la sécurité sociale :⁷⁰

En France ,le processus de production est réglementé par le code de la santé publique et la sécurité sociale .Les services administratifs de l'Etat fixent et vérifient les règles de sécurité qui concernent toutes les unités de production : le bloc opératoire ,l'anesthésie réanimation la biologie médicale , les services d'hospitalisation ,les services de soins ambulatoires ,la qualification du personnel , les modalités de conservation des produits médicamenteux et dérivés humains .Les conditions d'ordre organisationnel dans les structures de soins publiques et privées sont également réglementées ; elles concernent notamment :

- Le système de garde des médecins ; Le taux d'encadrement du personnel paramédical et médical par lit d'hôpital ; Les accueils des urgences , Les modalités d'hospitalisation (statut du malade) ; Le processus de prise de décision . Les conditions de production de soins sont encadrées par un cadre législatif et réglementaire parmi les unités hospitalières et les frais relatifs à la production des soins ,on cite : « les frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladies mentionnés sont ceux correspondant aux forfaits et aux remboursements afférents à la fourniture des produits suivants » :⁷¹ -Le Forfait global annuel , le prix de journée , Le

⁶⁷ Réforme visant à améliorer le contrôle de l'offre de soins suite au déficit budgétaire de l'assurance maladies ; cette réforme comprend trois volets – l'instauration de nouvelles recettes , la participation des usagers ; ainsi que la rationalisation de l'offre de soins –Source: document de l'OMS (Rapport sur le système de santé Français)-Guy Carrin-2004.

⁶⁸ Représentant une participation des patients aux frais hospitaliers sans aucun rapport avec l'intensité des soins, en (2004) il fût fixé à 13 euros par journée de prise en charge.

⁶⁹ Ministère de la santé français –réforme 2004- publication -03/12/2008

⁷⁰ Règlements, textes et lois régissant le code la santé , ainsi que le fonctionnement des services de santé publics et privés/ il ya aussi les conclusions d'accords et négociations entre les caisses et les offreurs de soins.

⁷¹ Cf. à l'article L.162-22-22-2,Code de la Santé publique Français 2003.

forfait de surveillance médicale , Le forfait d'entrée , Le forfait des prestations pour la fourniture de données effectuées dans la cadre du programme de la médicalisation des systèmes (PMSI), Les suppléments au prix de journée pour mise à disposition du patient sur prescription médicale nécessitant l'isolement (chambre particulière), le forfait de médicaments , les consommables onéreux , le petit matériel , le forfait d'accueil et de traitement des urgences , les dispositifs médicaux implantables, les véhicules pour handicapés et correcteurs orthopédiques , les suppléments de séances de soins , le forfait afférents aux salles d'opération et majoration de nuit ,les weekend et jours fériés ... ».Les pouvoirs publics ont élargi leur champ d'intervention dans le système des soins ; ils définissent non seulement les critères quantitatifs relatifs à la production des soins, mais aussi les aspects qualitatifs de cette production .Les incertitudes en matière de sécurité et de qualité liées aux soins justifient l'intervention de l'Etat.

8.3. Le système d'évaluation des prestations de soins en France :

Les établissements publics et établissements participant au service public hospitalier (PPSPH) furent dans un premier temps financés par une dotation globale annuelle attribuée par les organismes de tutelle (A.R.H.)⁷².Concernant les établissements privés à caractère lucratif ,ils sont rémunérés à l'acte .L'introduction de mécanismes d'évaluation du processus de production des soins permettait aux pouvoirs publics de mieux connaître l'affectation des ressources par rapport à chaque établissement .Une première action relative au système d'évaluation date de 1970 qui permettait aux établissements publics et privés de fixer leurs budgets sur la base du prix de journée d'hospitalisation .Ce dispositif fût considéré comme inflationniste et contribuait à l'augmentation des dépenses ;c'est ainsi que les établissements avaient tendance « augmenter le volume des journées (durées de séjours des patients) pour augmenter les capacité de financement de leurs dépenses .Les pouvoirs publics ont mis fin à ce dispositif en instaurant un budget global annuel par établissement indépendamment des durées de séjours d'hospitalisation des malades .le but recherché par cette loi étant de mieux maitriser les dépenses : ⁷³.Par ailleurs les effets de cette loi sur l'évolution des dépenses de santé sont restés limités .Face à la forte progression des dépenses de santé, et parallèlement les déficits de la sécurité sociale ,les pouvoirs publics ont mis en place un nouveau système d'évaluation par l'introduction de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée ;et l'instauration ainsi du « PMSI » permettant la mesure de l'activité médicale .A partir de la généralisation du P.M.S.I. ,dans le secteur public et privé ,les pouvoirs publics vont pouvoir modifier le mode de financement des structures hospitalières .C'est ainsi que l'évaluation des prestations avaient pour cadre le programme mis en place qui permettrait à la tutelle de fixer les tarifs « par pathologie » .On accède du système de la dotation globale au système de tarification à la pathologie.(plan hôpital -2007).Une expérimentation à grande échelle à été introduite en 2003 et avait concerner 60 établissements volontaires .les unités d'expérimentation concernées sont : les services de (médecine ,chirurgie, obstétrique MCO) de court séjour ,les structures alternatives (hospitalisations de jour).Mis en place pour améliorer le système d'information alors totalement inadapté ;le PMSI n'était officiellement pas destiné à peser sur le calcul des budgets des hôpitaux .Cette implantation aura duré plus de quinze années avant ;

⁷² Les ARH sont contrôlées par l'inspection générale des Affaires Sociales .Ce contrôle concerne davantage l'utilisation de leurs propres ressources que leur capacité à peser sur l'offre hospitalière .Les ARH ont aussi le rôle de participer à la fixation des tarifs des prestations en collaboration avec les différents partenaires du système de santé.

⁷³ « il s'agit alors d'une phase d'évaluation scientifique et économique des actes médicaux :» D.Bertrand-1996.

renforcées par l'introduction du système « DRG version Française », les informations sont intégrées au processus d'allocation des ressources entre hôpitaux.⁷⁴

9. Le système Allemand.

9.1. le financement du système de santé Allemand :

Le système de santé allemand connaît des adaptations qu'impose la réunification de l'Allemagne. L'organisation de la santé de l'ex-RDA était en grande partie soumise à une économie de pénurie et elle bénéficie de l'héritage des caractéristiques du système de santé de l'ex-RFA. C'est donc le fonctionnement du système de santé de l'ex-RFA que nous allons décrire, L'Allemagne fut le premier pays à instituer des 1883 à l'initiative de « Bismarck », un système de protection sociale pour les travailleurs.

Ce système s'est développé et est de nos jours placé sous la responsabilité des ministres de la santé, du travail et des affaires sociales. Ces ministères définissent les règles de fonctionnement mais délèguent le pouvoir exécutif au niveau des états fédéraux, tout particulièrement en ce qui concerne la planification hospitalière. Le financement des soins de santé est assuré, par un réseau d'environ 1.200 caisses maladie publiques et par des assurances privées. En 1987, 93 % de la population était couverte par les caisses maladie publiques tandis que 8 % de la population était à la fois couverte par l'une de ces caisses et une assurance privée complémentaire. L'application à une caisse maladie publique est obligatoire pour les personnes ayant un revenu inférieur à un seuil défini par l'Etat. Les autres personnes sont libres au non d'adhérer à ces caisses. Les caisses publiques tirent leurs ressources des cotisations de leurs adhérents elles sont en fonction du niveau des revenus; les taux sont disparates d'une caisse à une autre. Les entreprises financent la moitié de la cotisation de leurs employés. Au niveau de chaque région, les caisses négocient avec les offreurs de soins, le tarif des prestations offertes à leurs membres sur la base d'une nomenclature établie au plan national.

Les adhérents d'une caisse participent directement à une partie des frais pharmaceutiques, d'hospitalisation et des soins dentaires. En revanche, l'accès au médecin de ville, généraliste ou spécialiste, est entièrement gratuit. Afin, de bénéficier de cette gratuité, l'adhérent doit choisir, pour des périodes de trois mois, un médecin auquel il remettra à chaque visite un certificat fourni par la caisse. Le médecin sera ensuite payé par l'association des médecins de caisse auquel il appartient, elle-même financée par la caisse maladies. En 1993, le financement des dépenses de santé était assuré par l'assurance maladie légale (48 %) les entreprises (15 %), l'état 13 %, les ménages (7,4 %) les régions de retraites (6,8 %) les assurances privées (5 %) l'assurance accident (3,1 %). L'une des particularités de ce système de santé est la très nette séparation entre le système hospitalier et le secteur ambulatoire.

Le système hospitalier est composé d'hôpitaux publics (52 d'hôpitaux locaux privés à but non lucratif (35 % des lits) et d'hôpitaux privés à but lucratif (13 % de lits). Les hôpitaux sont soumis à la règle du budget global et les médecins qui travaillent dans ce secteur sont en majorité salariés. Le secteur ambulatoire est par contre entièrement privé. Les médecins sont regroupés en association de médecins de caisse qui négocient avec les caisses maladies une enveloppe globale et le montant des honoraires pour chaque acte. Ce sont ces associations qui paient les médecins, en fonction de leur activité. Cependant cette activité est particulièrement surveillée par les associations des médecins de caisse.

⁷⁴ A chaque groupe homogène de malades (GHM), équivalent Français de DRG, est associée une valeur exprimée en points ISA : Indice Synthétique d'Activité) qui permet, sur la base d'un coût médian, d'établir une équivalence entre les établissements. Cette technique comptable autorise une modulation de budgets globaux (traditionnellement calculés sur la base des budgets des années précédentes) en fonction de l'activité réelle).

En effet l'enveloppe globale ayant été négociée, tout dépassement sur ce volume ou sur la qualité des prescriptions d'une partie des médecins de l'association conduit à une baisse des rémunérations de l'ensemble. 30 % des médecins exercent leur activité en groupe, la possibilité d'effectuer eux-mêmes un certain nombre d'analyses biologiques incite à de tels regroupements. Le 03 octobre 1990 l'Allemagne réunifiée de l'ex-RDA est divisée en cinq régions ce qui a créé des bouleversements, la réunification des systèmes de santé avait été planifiée sur une durée de cinq ans. L'Allemagne fut le premier pays à avoir institué dès 1883, à l'initiative de Bismarck, un système de production sociale pour les travailleurs. Ce système n'est développé de nos jours, est placé sous tutelle du ministère de la santé, du travail et des affaires sociales. Le financement des soins de santé est assuré par un réseau d'environ 1200 caisses maladies⁷⁵, publiques et par des assurances maladies : l'affiliation à une caisse maladie publique est obligatoire pour les personnes ayant un revenu inférieur à un seuil défini par l'Etat, les autres personnes sont libres ou non d'adhérer à ces caisses. Les caisses publiques tirent leurs ressources des cotisations de leurs adhérents. Elles sont fonction du niveau du revenu, Le secteur ambulatoire est par contre entièrement privé. Les médecins sont regroupés en association de médecins de caisses et négocient avec les caisses maladies une enveloppe globale et le montant des honoraires pour chaque acte. Ce sont ces associations qui paient le médecin en fonction de leur activité.

9.2. Le contexte général de l'offre de soins :

Le système allemand est fondé sur le principe de solidarité. Le risque est financé par les revenus du travail ; l'assurance maladie obligatoire occupe une place prépondérante et laisse peu de manœuvre au développement d'autres assurances (privées, de base, et Complémentaires). L'accès aux soins de la population est aisé et sans délai, l'assuré bénéficie du tiers payant généralisé aussi bien pour les honoraires médicaux que pour les prescriptions, l'on constate peu d'exclus du système de soins, mais en raison de l'augmentation des dépenses on assiste sur le long terme une tendance à l'augmentation du ticket modérateur essentiellement pour ce qui concerne les médicaments.

L'organisation institutionnelle (fédéralisme et principe de l'auto-administration de la profession) conduit néanmoins à une articulation complexe des compétences et à des risques de conflits d'intérêts. Les interventions de l'Etat fédéral ont tendance à s'accroître : introduction de mécanismes restreints de concurrence entre les caisses du régime légal. L'offre de soins hospitalière est considérée comme pléthorique. La médecine de ville est assurée par des médecins libéraux, spécialisés (60% environ) ; la démographie médicale en ambulatoire est très élevée en comparaison avec d'autres pays européens. Les cabinets libéraux sont étoffés en équipements et matériels médicaux ainsi qu'en personnels spécialisés.

9.3. Les outils de régulation:

L'encadrement des médecins libéraux est assuré par les caisses, les unions de médecins, les ordres professionnels. Les procédures de contrôle se déroulent pour l'essentiel dans un cadre paritaire avec les caisses. L'Allemagne se caractérise par rapport à d'autres pays européens par un système de contrôle très normé et structuré.

L'assuré allemand du régime légal, bénéficie d'une situation assez généreuse : il a le libre choix du médecin et l'accès direct au spécialiste. Les quelques règles limitatives définies pour éviter le « nomadisme » médical ne sont pas contrôlées. Les contrôles via l'assuré par les organismes

⁷⁵ Le CREDES constate que 10% de la population allemande (les plus riches) sont dispensés de toute solidarité en pouvant opter pour une couverture privée, cela représente l'équivalent en France de 21% de la masse salariale, pour des assurés consommant 9% de la dépense de soins enregistrés par la Sécurité Sociale et un déficit de l'ordre de 70 milliards/ Euros.

régulateurs sont presque inexistantes .Le patient par conséquent ne peut pas avoir accès à l'information sur le coût des soins reçus .La régulation de l'offre de soins ambulatoires consiste à définir les besoins par spécialité médicale selon les zones géographiques ,et refuser les installations de médecins conventionnés dès lors que les seuils fixés sont dépassés .Les autres outils susceptibles de contribuer à la régulation des offres de soins ,la mise en place d'un « gate-keeper » et le renforcement du rôle des médecins de famille . S'agissant de L'administration des prix et la régulation des volumes de dépenses d'honoraires et de prescriptions ; le système d'enveloppes (budgets) est un outil essentiel de régulation de la médecine libérale .Les enveloppes bien que qu'opposables ne semblent pas avoir répondu complètement aux objectifs des pouvoirs publics ,qui furent contraints de multiplier les réformes .La répartition de l'enveloppe d'honoraires entre les médecins libéraux constitue en effet une des préoccupations majeures de la profession .Elle a conduit à la mise en place du « point flottant » un baromètre de l'activité médicale ,l'objectif étant de permettre le respect de l'enveloppe budgétaire globale .Les effets négatifs du « point flottant » se résument par : l'effet de déstabilisation des médecins (libéraux), engendrant une course à l'acte conduisant à la pénalisation de la profession ,ce qui fait diminuer la valeur du « point flottant ». Partant de cette logique le « point flottant» conduit à la surproduction ;la fermeture des cabinets quand l'enveloppe était dépassée ce qui a conduit les pouvoirs publics à la mise en place de mécanismes correcteurs (détermination du plafond par cabinet pour éviter une chute importante du point). L'activité des praticiens médicaux et leurs prescriptions sont évaluées à partir de moyennes statistiques .Le système d'information est très développé, les contrôles sont exercés au-delà d'un certain écart par rapport à la moyenne .Sur le plan de l'analyse qualitative, la procédure basée sur des écarts par rapport à une moyenne statistique, suscite néanmoins des questions sur sa pertinence. Un médecin qui a parmi ses patients des cas lourds et coûteux peut être contrôlé pour pratique excessive, alors qu'un médecin qui abuse et prescrit sans justification tout en restant sous le seuil déclencheur du contrôle n'est pas pour autant inquiété.

9.4. Les réformes du système :

Un objectif majeur des politiques en Allemagne étant de garantir l'équilibre comptable de l'assurance maladie, tout en préservant la stabilité des taux de cotisations afin d'assurer un niveau de prise en charge économiquement acceptable pour les entreprises.

De nombreuses réformes furent entreprises depuis 1988, pour essayer d'endiguer la croissance des dépenses et de résorber les déficits importants accumulés au fil des années (de 1991 à 1996), qui avaient entraîné une hausse des prélèvements .Les principales réformes concernent la médecine ambulatoire :

- La réforme Blum (1988) : mise en place du système du prix de référence par classe de médicaments, augmentation du ticket modérateur, instauration de la liste négative (médicaments non pris en charge).

- 1992-1995 : la réforme Seehofer :⁷⁶ renforcement de la politique de réduction des remboursements de médicaments ; Introduction du système des enveloppes ,dont les taux directeurs ,non négociables ,étaient alignés sur l'évolution des salaires .Le système est appliqué ,à la médecine ambulatoire ,aux dépenses hospitalières et au médicament .Dans le secteur ambulatoire ,pour les honoraires la mise en place d'un système « point flottant » pour d'assurer le respect de l'enveloppe ; Limitation de liberté d'installation comme médecin de caisse .

⁷⁶ La couverture maladie publique (légale) est obligatoire pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil .le plafond assurance maladie obligatoire étant de 6.525 D.M par mois (3.336 euros) ; en deçà de ce seuil, l'adhésion au régime légal est obligatoire pour les assurés.

▪ 1995-1996 : Deuxième volet de la « réforme Seehofer »⁷⁷ : réforme du financement des dépenses hospitalières avec l'introduction progressive de forfaits par pathologies ; instauration de la concurrence entre caisses pour les inciter à faire des efforts de maîtrise des coûts non médicaux et à négocier avec les offreurs de soins ,avec introduction d'une plus grande liberté de choix pour les assurés ; mise en place d'un mécanisme de compensation des risques ,impliquant des transferts financiers entre caisses. Les caisses sont appelées à se regrouper en cas de déficits. -Actions sur la demande par le biais de la réduction des prestations remboursées et baisse des indemnités journalières.

▪ Troisième volet de la « réforme Seehofer » : mesures de renforcement de la responsabilité des acteurs en matière de cotisations ; développement du modèle (de partenariats)« soins alternatifs à domicile ,cure rééducation.. ».

▪ A partir de l'année 2000 : réforme « d'Andréa Fisher et celle d'Ulla Schmidt »⁷⁸ avec des mesures d'urgences sur les enveloppes budgétaires globales qui avaient été abandonnées en 1997. Diminution des tickets modérateurs ; L'abandon des sanctions collectives, en cas de dépassement de l'enveloppe de prescriptions et remplacées par des sanctions individuelles. à l'enveloppe globale médicament se substitue une enveloppe par cabinet médical. Pour les honoraires, si le mécanisme persiste (enveloppe globale, point flottant) ; une individualisation par cabinet est également mise en œuvre .Les outils de bonne pratique médicale sont à développer en médecine libérale (guidelines, recommandations).les normes ne sont généralement pas opposables .Plusieurs lois proposent de nombreux cadres juridiques. La possibilité pour les médecins de contracter directement avec les caisses pour mettre en place des modes d'organisation innovants .Quant à la coordination entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers , le « Diseases Management Programs » fût mis en place afin d'améliorer les relations entre les différents acteurs du système de santé allemand. L'objectif des récentes réformes visait essentiellement la réduction des coûts ainsi que l'amélioration de la qualité des soins notamment dans le domaine de la prévention ,le traitement des maladies chroniques , la participation des patients à la gestion du système de santé , la formation continue des médecins , la réforme des études de médecine ;la transparence et le contrôle de qualité . L'assurance maladie en Allemagne concerne 90% de la population soit 71 sur 80 millions de citoyens, le restant une part de 0,1% de la population ne bénéficiant d'aucune couverture maladie.

La généralisation de la couverture maladie s'est généralisée pour l'ensemble des résidents ;néanmoins pour les citoyens à bas revenus ,les clauses d'exonération des participations financières exigibles sont définies par la loi : « exonération totale ; en raison d'un revenu faible ainsi que pour les bénéficiaires de l'allocation chômage , ou d'une pension ou encore aide sociale liée à « la subsistance » , environ 8 millions d'assurés sont concernés et sont par conséquent non redevable du ticket modérateur : exonération partielle pour des personnes aux revenus modestes (clause de non surcharge financière) ; la gratuité s'applique aux médicaments ;et transports médicaux .Les personnes souffrant d'une maladie chronique ; lorsque en moins d'un an elles auront

⁷⁷ Depuis cette réforme les caisses sont en situation de concurrence et l'assuré peut choisir librement son affiliation .Cependant afin de limiter la sélection des risques par les caisses (risques liés à la taille de la famille ...) ,une caisse de péréquation a été mise en place .

⁷⁸ Réforme portant sur des modifications ayant pour objet d'enrayer la fuite des bons risques vers les caisses d'entreprises ,moins chères ,et pour instaurer une compensation portant sur le coût des soins et non basée simplement sur le revenu ; le nombre de co-assurés familiaux ,l'âge et le sexe).

dépassé 1% de leur revenu ,elles seront dispensées de payer les dépenses de médicaments ainsi que les frais de transport au-delà de cette limite .⁷⁹

10. Le système de santé Britannique :

10.1. The National health system :⁸⁰

En 1948, le système de santé britannique repose sur le service national de santé (the National Health System) qui prend la relève du système d'assurance social (Social assurance système) en vigueur depuis 1911. Cette nouvelle organisation est fondée sur les principes suivants : l'Etat offre les soins à toute personne qui en exprime le besoin. L'autonomie des professions médicales et paramédicales au niveau des libertés d'installation, de prescription, et des pratiques privées, publiques ou mixtes est respectée. L'allocation des ressources du secteur régional est à la charge des autorités régionales de santé (Régional Health Authorities) qui sont également responsables de la planification à moyen terme. La gestion des ressources est assurées par les autorités de district de santé : « District Health Authorities ». L'offre de soins est mixte publique et privée avec une forte dominante du secteur public. Le médecin est libre d'adhérer au service national de santé ou non ; s'il décide d'y adhérer ; il passe un contrat avec ce dernier qui spécifie le type de soins qu'il donnera ; le temps qu'il consacrera au service national de santé . Les médecins sous contrat sont dotés d'une enveloppe sur laquelle ; ils peuvent acheter eux-mêmes les prestations nécessaires pour leurs patients.

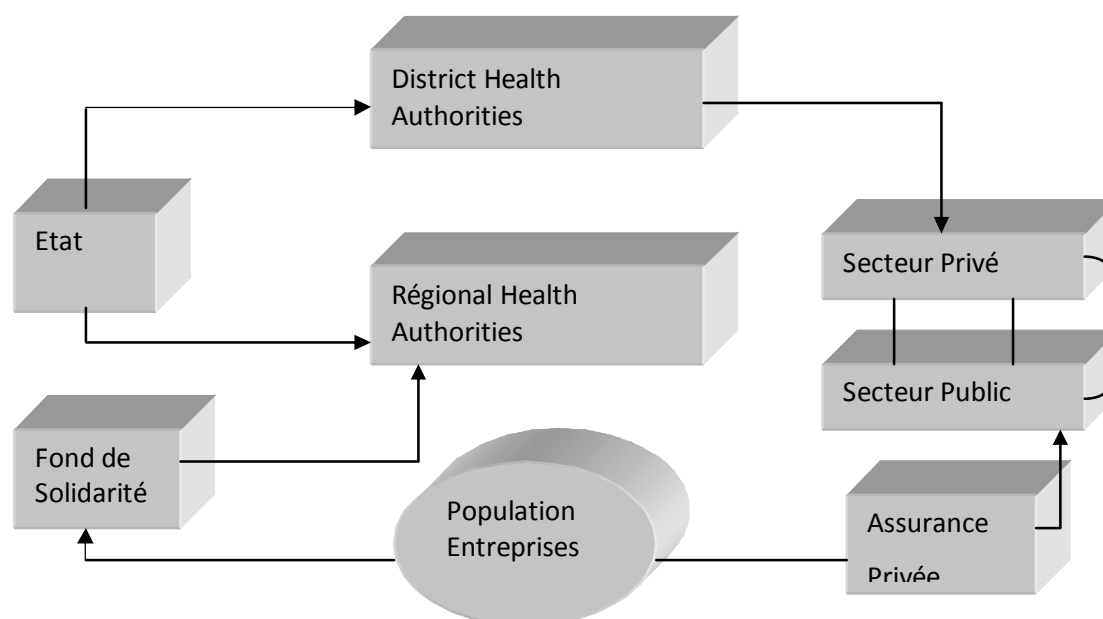


Figure.2 : Organigramme du « National Health System »⁸¹.

10.2. L'offre de Soins et le système de financement :

Le N.H.S : (the National Health System) permet à chaque citoyen qui souhaiterait bénéficier de prestations qu'il s'inscrive auprès d'un généraliste de son choix à condition ; que le médecin traitant soit relié par le biais d'un contrat avec le (NHS), à cet effet une obligation indirecte est faite pour

⁷⁹ Réf. à l'article : « Le système de santé d'assurance maladie en Allemagne : « actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire » cf. étude présentée par Françoise BAS-THERON -2002 ».

⁸⁰ NHS = National Health Service (système de santé britannique financé à partir des fonds publics). PbR = Payment by Results (tarification à l'activité). PCT = Primary Care Trust (établissements de santé au niveau local en Grande-Bretagne, responsable de 80 % du budget du National Health System).

GP = General Practitioner (omnipraticien ou médecin de famille).

SHA = Strategic Health Authorities (un peu équivalent aux agences de santé et des services sociaux).

⁸¹ Source : document-OMS-2002: (The Family health services authority).

les praticiens médicaux de s'adjoindre au (NHS). L'organisme administratif chargé de coordonner l'offre et la demandes de soins « the family health service authority » en est informée pour le suivi des rapports établis entre les citoyens et les prestataires .La (FHSA)⁸² étant un organisme local décentralisé , les médecins généralistes n'ont pas la possibilité de choisir leur lieu d'exercice et ne leur est pas permis de s'installer dans des zones à forte densité médicale .Depuis 1948 les disparités entre zones s'étant réduite Considérablement . La clientèle de patients admis pour chaque médecin est régulée et le médecin en est rémunéré en fonction de certains actes (consultations ,soins primaires ...), Le malade est libre de changer de médecin en respectant cependant certaines formalités administratives (désinscription et réinscription) .Les hôpitaux sont essentiellement semi-indépendants ,gérés par des fondations (the Trusts Hospitals) institués par la réforme de 1990 en amont à ceux déjà existants « the District Hospitals »qui furent gérés par les autorités de tutelle (il s'agit d'hôpitaux publics).Les « District Health Authorities » veillent sur les « régional health authorithies » sur le plan de l'organisation pour permettre une meilleure rentabilité des moyens à la l'échelle de chaque région . Cette caractéristique du système britannique ayant peut être permis à l'Etat de maîtriser ses dépenses de santé (6% du PIB), mais au dépens de la qualité du service. Parallèlement l'existence d'une médecine privée (non contractualisée), dont l'importance quantitative très faible (8% de la capacité d'accueil pour les soins de moyenne intensité) trouve sa population clinique dans la frange des patients qui ne peuvent y avoir accès sans difficultés dans des hôpitaux sous tutelle de l'Etat et couverts par la « NHS ».⁸³

Le système de financement : Le financement du système de santé en Angleterre est majoritairement fiscalisé (85%), la part des (15%) est fiancée par des assurances privées complémentaires, et le malade participe par le biais d'une contribution forfaitaire, pour la prise en charge en externe (médicaments et soins).Ce financement est procédé par le ministère de tutelle (Département of health) qui fixe l'enveloppe globale des dépenses de santé pour l'ensemble du pays. La carte sanitaire comprend huit régions, la répartition du budget se fait en rapport selon les spécificités de chacune d'elles (spécificités locales, critères sociaux).Une allocation en capital est également octroyée estimée selon la nature et le volume des investissements devant être effectués. Chaque région est découpées en district (au nombre de 20) .Dans la pratique la (FHS)prévoit un budget annuel fondé sur les dépenses constatées sur les exercices antérieurs augmenté d'un taux d'évolution prévu de la demande .Les Districts Health Authority (Les D.H.A. aux environs de 100 au départ ,certains ont fusionné aboutissants à des « Commissioning Agencies » ont pour rôle de financer les dépenses de fonctionnement des hôpitaux publics de prise en charge de pathologies lourdes et de soins ;nécessitant une durée de séjour prolongée pour les médicaments et les consommables ordinaires, la moyenne de prescription est régulée pour l'ensemble des médecin.

Le « FHSA » use d'indicateurs de mesure (médicaux et démographique) pour effectuer les différentes dotations .Avant la réforme de 1991, la régulation du système était le propre de l'Etat et de ses agences locales ,les budgets hospitaliers étaient fixés de façon contraignante par la « DHA » (les responsables de région ou de districts qui ne répondaient pas aux principes de rationalité dans leurs dépenses encouraient le risque de licenciement et sont pénalisés sur leur budgets futurs). Avant la réforme de 1991 ,la régulation du système était entièrement le rôle de l'Etat et ses agences locales .les budgets hospitaliers étaient fixés de façon contraignante par la « DHA ».

⁸² Le « FHSA » est un organisme administratif chargé de coordonner l'offre et la demande de soins datant de 1948.

⁸³ Le financement du budget de la santé repose essentiellement ; sur les fonds de l'Etat c'est-à-dire l'impôt selon le principe de redistribution du revenu préconisé par « Beveridge » ; la part restante est perçue par les cotisations versées par les salaires :10% , le ticket modérateur (quote part du coût des soins laissés à la charge de l'assuré social de 4%).

gouvernement avait interdit tout les dépassements dont les déficits étaient récupérés sur les années ultérieures (réforme de Griffith 1985). La croissance des dépenses hospitalières durant cette période avait été maintenue à un niveau très inférieur à celui des autres pays européens. La politique d'encadrement obligé des dépenses de santé durant les années quatre vingt se traduit par l'absence d'efficience en matière de prise en charge des patients victimes de restrictions budgétaires hospitalières. Ce qui a amené les pouvoirs publics à remettre en cause la problématique du financement. Dès l'année 1991, le gouvernement ayant introduit une réforme⁸⁴, basée sur plusieurs constats : La tutelle omniprésente des districts sur les hôpitaux ; ne laissait que peu de liberté aux gestionnaires, et conduisait par contre ; à un laxisme de la part de tous les acteurs du système ; Le rendement du système n'apparaissait pas optimale en termes de rentabilité (qualité et délais de prise en charge des patients médiocre) ; le taux comparatif de croissance des dépenses publiques de santé inférieur par rapport aux voisins européens. L'essentiel de la réforme ; réside dans le changement des attributions de chacun des acteurs du système ; c'est le cas des rapports entre les districts et les hôpitaux, entre les médecins généralistes et les hôpitaux. Le rôle du district ayant connu un changement, passant du financeur des établissements de la zone géographique à la fonction « acheteur » pour le compte de sa population, auprès des établissements situés à travers le territoire national, mis par lui « en concurrence » en termes de prix et de qualité de services. Les « Commissioning Agencies », héritières des districts, auraient pour responsabilité de déterminer les besoins de santé de leur zone, d'acheter des services ; pour répondre à ses besoins, et d'œuvrer pour l'amélioration de la situation sanitaire ; par l'éducation, la prévention et autres moyens. Les achats se font sous la forme de contrats annuels. La demande se manifeste, par l'intermédiaire de la première ligne des médecins généralistes, qui ont la possibilité d'orienter leurs patients ; vers les hôpitaux de leur choix. Les dépenses des séjours consommés par les patients qui seraient pris en charge hors de leurs districts ; seraient à la charge des districts d'accueil. Le système reste fondé sur des budgets établis hôpital par hôpital, sur la base des coûts historiques, et d'augmentations progressives. Le district est doté d'un budget ; calculé selon le volume de sa population et son épidémiologie, et non basé sur sa capacité en nombre d'établissements. Pour ce qui concerne les patients qui sont orientés vers les hôpitaux ; pour lesquels le district n'a pas de contrat « extra-contractual referrals » ; des sommes sont prévues en marge de l'enveloppe initiale du district.

10.3. Les délégations d'achats et des cabinets de groupe :

Dans cette réforme, les généralistes perdent une certaine marge de liberté, celle de choisir l'établissement le plus approprié, à leur yeux, pour leur patients. L'idée était que leur faible taille ne leur permettait pas de négocier des contrats à moyens égaux avec les districts. Or, la plupart des médecins généralistes se sont regroupés en cabinets de groupe, à la fois pour rationaliser l'utilisation de moyens matériels, pour bénéficier des apports mutuels complémentaires que facilite la proximité, et tirer parti d'incitations financières. Certains de ces cabinets ; ont atteints une taille assez importante (entre trois et six médecins en majorité et de dix à vingt mille patients environ). Dans le cadre de la réforme, les régions délèguent à ces cabinets un certain budget (dans la pratique, une taille de sept mille patients inscrits sur les listes, est considérée comme suffisante) et le droit de passer eux-mêmes contrats avec les hôpitaux de leur choix ; pour les traitements d'un nombre déterminé de malades. Les cabinets ont la possibilité de gérer un budget « General practice fund holders (GPFH.) » Les budgets alloués, couvrent les séjours hospitaliers, ainsi que les soins externes, les examens de laboratoires, et les médicaments. La couverture fût étendue aux soins infirmiers à partir de 1993. Les types de contrats qui furent mis en place peuvent être résumés

⁸⁴ Publication du livre blanc (white paper) en 1981 et Introduction de « mécanismes de type marché (1991) ».

ainsi : des contrats forfaitaires : « blocks contact » avec une somme fixe rémunérant l'accès à un type de service le montant prévisionnel indicatif correspondant aux flux de patients ; des contrats « coûts volume « Cost and volume » où la somme versée est liée à un nombre contractuel de traitements ,valorisés sur la base de ces coûts de traitements restant à définir ; -des contrats « coûts à l'unité » (Cost per Case),où l'on paye un prix convenu pour chaque malade de chaque type.

10.4. Les fonctions de l'hôpital dans le cadre de la réforme :

Les hôpitaux percevaient auparavant un budget et étaient contraints d'en user avec prudence ; suite à la réforme ceux-ci , ne pouvant être assurés de ressources que de formaliser des contrats auprès de sa « patientèle » par le biais des (Commissioning Agencies et les GPHF).L'hôpital est appelé à développer une fonction de marketing ; et ainsi opérer des négociations avec les acheteurs (les GFPH).Cette fonction de marketing s'appuie sur une planification rigoureuse de l'activité ; et les praticiens sont impliqués, dans l'élaboration du processus de prévision des besoins. Pour la réalisation des contrats et la gestion des activités ; les hôpitaux ont mis en place des départements cliniques ; soutenus par des équipes de gestion, qui ont pour rôle de prendre en charge les aspects techniques et administratifs . Les effets de fermeture de certains services cliniques faisant suite à un besoin de régulation de la part des agences poussent les hôpitaux à diminuer leurs coûts fixes d'où la mise en place d'un nouveau statut hospitalier .Par ailleurs les « trusts hospitals » institués en substitution aux hôpitaux , ont la liberté de gérer l'activité et les budgets ,de recruter les effectifs, et de mener leur propre politique salariale à l'exception des dépenses en capital qui sont soumises à autorisation du ministère. Les « trusts hospitals » ont aussi la possibilité de regrouper plusieurs établissements ou unités de soins, d'acquérir ou d'ouvrir d'autres unités, selon les règles du marché.

10.5. Les effets de la réforme :

Cette réforme a contribué à produire plusieurs effets considérés comme positifs à savoir :

- La possibilité de quantifier le flux des malades encadrés par des contrats : connaissance du volume de pathologies à traiter (absence de nomenclature uniforme).

- La modification des attributions des médecins généralistes affiliés aux districts, avec contrainte de ne ventiler leurs malades ; que vers les hôpitaux sous contrats avec leurs districts. -Les médecins faisant partie d'un « GPFH », disposent de moyens supplémentaires, et peuvent mettre en concurrence les hôpitaux ; en termes de délais de prise en charge de coûts, et de qualité des prestations en comparaison avec le district.

- Les gestionnaires sont placés en situation de chefs d'entreprises responsables de la gestion de leurs structures en matière de planification et de négociations des contrats. La transformation du rôle des « districts », qui sortent du rôle de gestionnaire du système pour accéder à la fonction « d'acheteurs de services » .Leur rôle ne se limite pas donc, seulement au contrôle à priori des établissements ; mais s'étend à l'analyse et la mise en œuvre de la stratégie à apporter, au système de santé local. En revanche la réforme a engendré ; plusieurs effets considérés négatifs : l'afflux des patients vers les hôpitaux d'excellence (hôpitaux universitaires) a entraîné une surcharge , ce qui a amené à des fusions d'établissements ; des rachats de structures ; ainsi que la transformation des sites en hôpitaux de jour pour insuffisance de « patients » ; l'apparition d'une concurrence jugée déloyale au détriment de la qualité des soins ; La fixation des contrats peut entraîner une certaine rigidité des procédures ; les admissions à l'hôpital doivent prendre en considération, non seulement l'état sanitaire du patient , mais aussi son appartenance à la région .

10.7. La négociation des contrats entre les districts et les établissements :

L'essentiel des contrats passés avec les hôpitaux est de type contrat global d'activité déterminée, ce contrat inclut essentiellement les flux d'urgences et stipule que : versement d'une somme minimum

à l'hôpital quel que soit le niveau d'activité, plus un complément permettant de couvrir la totalité des frais fixes, évalués forfaitairement ; si l'activité est supérieure à celle prévue, le coût marginal est pris en compte sans excéder un taux de 10% sur le volume du dépassement. Avec l'amélioration des procédures comptables, il a été prévu par ailleurs la conversion des contrats progressivement vers les types de contrats (coût-volume) puis vers les types d'évaluation des prestations « au cas par cas ». Le district et l'hôpital conviennent d'un prix unitaire évalué, selon un indicateur d'activité « l'épisode consultant » ce qui en fait représente les charges globales consommées par un patient durant son séjour à l'hôpital (hôpital de jour ou en hospitalisation complète), le prix indexé étant la moyenne pondérée des consommations effectuées par rapport à la spécialité médicale. Dans cette approche ; le district peut négocier sur deux variables (le volume et le coût). Les données concernant les coûts sont du ressort de l'hôpital, et même s'il tente d'en limiter la hausse. Le district se heurte au fonctionnement et à la gestion interne de l'hôpital, ainsi qu' à la pratique médicale, deux facteurs qui paraissent difficilement maîtrisables. Quand aux données concernant les flux (Les volumes à prendre en charge) le district ; est amené à rationaliser ses prévisions, pour éviter les excédents de charges. En cours d'année, le district va suivre l'évolution des contrats passés, avec les hôpitaux, du point de vue de l'acheteur sur notamment : les prévisions en coûts et en volumes, la qualité du service rendu ainsi que les délais de prise en charge des patients (délais supérieurs à un an dans moins de 20% des cas en extra urgences); et (5%) des rendez vous d'hospitalisation annulés ou reportés. Dans la pratique, le district (parfois regroupé avec ses voisins en groupement d'achats) reçoit chaque mois des états de dépenses et d'activité, et chaque trimestre le nombre de malades traités ; la durée moyenne, et la durée de séjour enfin ; d'autres facteurs seront mesurés au fur et à mesure que se développent les contrats, par rapport aux considérations du marché. Sur le plan de la planification, les directeurs bénéficient d'une autonomie, selon que leur offre le statut des districts, ils auront à opter pour des politiques alternatives de substitution ; par le biais des actions entreprises en matière d'investissement ; et des activités conjointes avec d'autres institutions (services communautaires extrahospitaliers). Sur le plan de la représentation, des efforts sont menés pour appréhender les besoins ; notamment en associant les médecins en collaboration étroite avec le « Commissioning Group » : le financeur. Une politique a été définie, tendant à renforcer le rôle des médecins généralistes, par rapport à l'hospitalisation (Primary care led Health Service) à davantage mettre l'accent sur les soins de proximité « Community based Care » ; à développer les hospitalisations de jour « Day Care » particulièrement en chirurgie.

10.6. Le système d'information et l'outil comptable :

La formule des contrats a entraîné, la nécessité de calculer les coûts ; à proposer durant les négociations. Actuellement, les centres de coûts correspondent, à des divisions géographiques dans l'hôpital, découpés en départements regroupant chacun plusieurs services. Les coûts concernent ; le personnel soignant (paramédicaux) et les dépenses de fonctionnement. La somme des budgets sur l'ensemble de l'hôpital correspond, à la moitié du budget total de l'hôpital. L'autre moitié représente les salaires des médecins, les prestations réciproques, des frais généraux et des charges en capital. La quote-part des investissements figurent, dans le calcul des coûts recensés et les prix pratiqués. Les hôpitaux procèdent à des découpages plus fins (services et départements) ; en faisant une ventilation de leurs charges indirectes entre les services. Néanmoins, le problème rencontré se confinait dans la mise en pratique du système comptable analytique. Les hôpitaux se sont limités à chiffrer les coûts spécifiques par grandes classes de sous disciplines (Average Speciality Cost), dans l'objectif d'atteindre un système d'évaluation plus performant. Dans les services, le médecin chef en est le responsable du budget ; il est assisté d'un surveillant général chargé du personnel soignant

et l'activité para-clinique du service ,sur le plan administratif un gestionnaire qui a pour rôle de fournir au médecin chef les informations et analyses dont il a besoin pour lui permettre , soit de lancer de nouveaux projets , soit le suivi des contrats et l'évaluation de la qualité des soins .

La réforme a permis aux cliniciens de s'intéresser ,beaucoup plus que par le passé à la qualité de l'activité « case-mix » ; cette attitude ayant engendré des gains de productivité appréciables résultants de substitutions de protocoles de soins avec une meilleure utilisation des qualifications des personnels (neuf grades ,évalués de A à I selon statut) , mesure de la charge de travail ,adéquation entre le potentiel offert et les nécessités du service . En conclusion nous pouvons affirmer que la médecine en Angleterre est profondément étatisée ,on y a introduit des procédures de type marché .toutefois des modifications sont en cours d'implantation ,tendant à modifier l'équilibre entre les districts et les médecins généralistes .les « GPFH », ont acquis le principe selon lequel ;l'ensemble des généralistes participent avec le district, pour contracter avec les hôpitaux .De ce fait, le médecin aura la possibilité ; d'orienter ses patients dans le cadre de contrats globaux ,ce qui réduit la marge de concurrence dans le marché à un seul concurrent.Les résultats enregistrés depuis 1991 ; montrent une amélioration certaine ,du fonctionnement concrétisé par la réduction des délais d'attente à l'entrée des hôpitaux. Par ailleurs le système Anglais inspire des craintes pour plusieurs raisons : 1-la liberté de choix offerte au patient est cependant limitée. 2-Le « Contingentement et le rationnement du budget »effectué par le parlement de l'enveloppe globale consacrée à la santé est considéré comme insuffisant et ne répondant nullement aux besoins réels de la population. 3-Le développement d'une médecine à deux vitesses, avec d'un côté les « HNS » saturés, et de l'autre côté un secteur privé réservé à ceux qui peuvent en payer les frais.

11. Le système de Santé des Etats Unis d'Amérique.⁸⁵

11.1. Un système à dominante privée.

Le système de santé des Etats Unis se caractérise par une multiplicité d'organismes et l'importance du secteur privé tant dans la couverture assurantielle que dans les structures de soins .Le système ne repose ni sur une couverture généralisée de la population ,ni sur un financement public généralisé Ce système se distingue aussi par son coût extrêmement élevé : en 2004 on enregistre 15.3% du PIB .Le financement du secteur privé n'est pas majoritaire avec un taux de couverture de 37% de l'ensemble de la dépense (année 2004) à l'opposé 45% des besoins sont subventionnés par l'Etat.

La part de financement est jugée insuffisante en effet si l'on observe le taux moyen de financement public pratiqué par les pays de l'OCDE (72%).En revanche ,l'assurance privée est majoritaire en ce qui concerne le nombre de personnes couvertes par une assurance maladie : 6 sur 10 personnes bénéficient de l'assurance maladie par le biais de leurs emplois les assurances publiques « Medicare et Medicaid », ne concernent que les personnes âgées, les personnes handicapées et certaines familles jugées pauvres .Une part importante de la population, ne bénéficie quant à elle d'aucune couverture maladie ⁸⁶.Plus de 59% des américains sont couverts par une assurance privée de santé liée à l'emploi (2005),contre près de 64% en (2000). La quasi-totalité (98%) des grandes entreprises (200) salariés et plus ; finance une assurance santé à leurs employés. Les salariés sont libres d'adhérer ou non à la couverture proposée par leur employeurs .La hausse du coût de la santé a conduit à un désengagement des entreprises , particulièrement les « petites entreprises » dans le financement de l'assurance santé de leurs salariés .La hausse du coût de la santé pèse lourdement

⁸⁵ Source: -Revue-Etudes et Résultats » : « Le système d'assurance Santé aux Etats Unis ; Un système fragmenté et concurrentiel » - Analyse et synthèse élaborées par : Sylvie Cohue et Lequet Slama (Direction de la recherche , des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)- N°600-Septembre-2007.

⁸⁶ In: « Census Bureau, Health insurance Coverage in the U.S ».-2005”.

sur les budgets des entreprises et des ménages ; conduisant à augmenter les primes d'assurances .le montant moyen des primes d'une famille de trois personnes (11500 dollars /an) s'avère supérieur au salaire minimum fédéral .Pour une personne seule la prime pourrait s'élever à (4200 dollars /an pour l'année 2006). Parmi les salariés disposant d'une assurance santé fournie par l'employeur ,les personnes célibataires financent en moyenne (16%) du montant des primes de leur assurance santé et les familles environ (27%),le solde étant pris en charge par l'employeur.Dans le but d'attirer de la main d'œuvre les petites entreprises participent davantage au coût de la couverture sanitaire de leurs employés par rapport aux grandes entreprises .En revanche quelque soit la taille de l'entreprise ;les employeurs affichent moins d'intérêt à financer les primes d'assurance de leurs salariés chargés de famille en raison de leur coût élevé .Les comptes épargne santé (Health Saving Accounts)⁸⁷ visent à inciter les personnes ; à économiser pour financer elle mêmes leurs dépenses de santé supplémentaires.Les personnes qui adhèrent à des plans de santé à franchise élevée (High Deductible Health Plans) ; et qui ouvrent en supplément ,un compte épargne santé ,bénéficient des exonérations fiscales.La prise en charge publique de la couverture santé est réalisée à travers deux programmes :le programme fédéral « Medicare » pour les personnes âgées et les personnes handicapées dans l'incapacité de travailler et le programme « Medicaid-SCHIP »mis en œuvre dans les différents Etats ; et financé conjointement par l'Etat fédéral .Pour les enfants et les familles nécessiteuses ; plus du quart de la population est couvert par l'un de ces deux programmes .

11.2. L'assurance Medicaid et le programme SCHIP:

Medicaid et SCHIP, constituent des programmes d'assurance financés par l'Etat fédéral ; mais ne couvre que certaines populations pauvres .Les couples sans enfants et les personnes seules à partir de la majorité ne sont pas éligibles au programme ; même si leurs ressources seraient en dessous du seuil de pauvreté fédéral.⁸⁸

Pour pouvoir bénéficier de Medicaid, les catégories éligibles doivent en effet disposer de revenus inférieurs au seuil de revenu fédéral. Les dépenses de Medicaid sont prises en charges de façon variable par l'Etat fédéral : de (50%à New York, Californie) et (77% pour le Mississippi).La part de contribution fédérale est déterminée par un mécanisme de péréquation (Federal Assistance Percentage) qui, vise à corriger relativement les inégalités de richesse entre Etats. Le programme d'Etat SCHIP (State Children's Health Insurance Program) ;créé en 1997 , vient en complément de Medicaid ; pour subvenir aux besoins des enfants, appartenant à des ménages non couverts par Medicaid et, disposant d'un revenu inférieur à 200 % du seuil de pauvreté fédéral (année 2006).Lors de la création du programme SCHIP , les Etats ont eu la possibilité soit, de s'intégrer au programme SCHIP , soit d'entendre leur couverture au Medicaid . Le débat actuel sur l'avenir de SCHIP met en lumière les oppositions entre les tenants d'une intervention plus large du secteur public dans l'assurance santé et les partisans d'une privatisation accrue⁸⁹. Medicaid et SCHIP à un panier de soins et de biens médicaux .Ce panier est souvent plus étendu dans les programmes Medicaid par rapport au programme SCHIP dans lequel l'assuré y participe financièrement pour certaines prestations et ce en fonction du niveau de son revenu .Medicare est pratiquement le seul programme d'assurance maladie universel (personnes âgées et handicapés incapables d'exercer une activité) , ce programme est financé par des cotisations sociales des actifs pour ce qui concerne

⁸⁷ Système élaboré par l'administration « Bush »en 2003.

⁸⁸ Le seuil de pauvreté en (2006) :9200dollars pour une personne seule ,et 13200 Dollars pour trois personnes ,augmenté de 3400dollars par personne supplémentaire .

⁸⁹ Drucker jacques ,info santé USA –Service des affaires sociales /Washington ,Aout 2007-

l'hospitalisation et par des ressources fiscales et assurances volontaires pour les soins médicaux (13% de la population bénéficiaient de Medicare)⁹⁰.

11.3. La réforme de 2003 :

Une loi adoptée par le congrès américain étend les prestations offertes par Medicare au remboursement des médicaments à partir de 2006 .The (MMA)⁹¹ vise une privatisation progressive de l'assurance publique pour les personnes âgées à compter de 2010 .Medicare sera décomposée en quatre parties (A,B,C,D) , la partie C :(Medicare Advantage) permet aux bénéficiaires d'accéder à des plans de santé, proposés par des compagnies d'assurance privées .la partie D est une assurance qui couvre les médicaments ,les assurés ont le choix entre deux options :

-Soit de demeurer dans le cadre de Medicare traditionnel et choisir de rejoindre un plan de prise en charge de médicaments (PDP , prescription Drug plan) ; soit de bénéficier d'un plan intégré privé couvrant à la fois les soins et les médicaments ,qui peut être offert par n'importe quel assureur .Les dépenses de médicaments sont prises en charge sur la base de 75% avec un plafond 2400 dollars et une franchise de 265 dollars pour l'année (2007). Pour les personnes disposant de 12000 dollars par an ,les achats de médicaments sont prises en charge à hauteur de 95% et pour la totalité dès lors que la dépense à la charge de l'assuré dépasse 3850 dollars .La réforme ayant prévu une ouverture à la concurrence ,à partir de (2010) ,dans un objectif de réduire les dépenses de santé supportées par Medicare. L'assurance santé aux Etats Unis est organisée de façon décentralisée et concurrentielle. Une gamme de produits est proposée par des compagnies d'assurance privées, allant des réseaux de soins intégrés jusqu'aux organismes proches de l'assurance classique. le (Managed Care) est une forme d'organisation des soins dominant concurrent à celui de l'assurance maladie traditionnelle, dont les contrats sont fondés sur un remboursement des coûts supportés par les patients .Le (Managed Care) réunit les fonctions d'assurance et de production des soins. Concernant les réseaux de soins ; plusieurs modèles coexistent (Health Maintenance Organizations : (HMO) ,the Preferred Provider Organization (PPO), the Point of Service :POS) .les HMO offrent à leurs adhérents l'accès à un réseau de praticiens et d'hôpitaux moyennant un budget fixé préalablement. Le HMO est réduit en « manager » car , sans qu'il ne soit détenteur de capitaux fixes (hôpitaux) où même en l'absence de main d'œuvre est en droit de passer des contrats, avec des groupes de praticiens .

Ce sont les (PPO) qui sont devenus le modèle dominant au sein du (Managed Care Organization : MCO) en raison de la plus grande liberté laissée aux patients pour le choix de leurs prestataires. « A noter que ; les personnes ignorent le plus souvent la nature de leur plan d'assurance santé .Selon une étude du centre « for stand health system change », environ un quart des personnes interrogées se trompent sur le type de plan auquel elles ont souscrit ».⁹²

12. Le système de Santé Algérien :⁹³

12.1. Les Soins publics :

Le système de santé algérien renvoie, à des principes fondamentaux ; nés d'une vision politique traduite par le programme de développement national post-indépendance. Le système mis en œuvre expose toutes les conditions de prise en charge des besoins sanitaires. Ces derniers reposent ; sur des principes défendus ; puis protégés par la législation du pays. Par ailleurs, il est évident que les

⁹⁰ Census Bureau Health insurance Coverage in the U.S -2005-

⁹¹ (MMA) :The Medicare Prescription Drug Improvement and Organization Act of 2003.

⁹²Torchin Floriane :« le Système d' Assurance Santé Américain –Agence financière de Washington, 2003 ».

⁹³ Nous faisons remarquer que par le biais de cette section ; qui développe l'historique du système de santé national nous avons repris de manière synthétique ; les réflexions apportées par le Professeur Mme Oufriha Fatima Zohra ; effectuée au centre de recherche en économie appliquée et qui a permis d'exposer de façon exhaustive les péripéties liées au système de santé national. Cf.Publication : « Cette Chère Santé » : Une analyse économique du système de soins en Algérie. (OPU)-Octobre-1992-Alger.

objectifs concrets d'une politique de santé, ne peuvent en aucun cas être définis de façon neutre. Ils sont inscrits dans un espace social structuré ; et traduisent les préoccupations des groupes sociaux qui les forment. La deuxième décennie après l'indépendance a été marquée par quatre faits majeurs :

- L'instauration de la médecine gratuite pour permettre l'accès aux soins à la majorité de la population (année 1974).
- L'institution du secteur sanitaire, pivot de l'organisation du système national de santé dans l'objectif d'étendre la couverture sanitaire à toutes les régions du pays (polycliniques et centres de santé) qui seraient chargés prendre en charges les besoins de santé de base.
- La création des centres hospitalo-universitaires (au nombre de treize) chargés de promouvoir les soins, la formation et la recherche médicale.

Sur le plan sanitaire, l'on constate un recul de la mortalité dû à la mise en œuvre des programmes médicaux de santé (vaccination et prévention) . Globalement La situation actuelle se caractérise par : Le Constat d'une grande disparité régionale sur le plan de la répartition en ressources humaines (notamment main d'œuvre technique et spécialisée) ; une évolution de la demande de soins largement supérieure à l'offre ; un transfert des praticiens particulièrement de spécialistes vers le privé portant atteinte à la rentabilité du secteur public. La Persistance de certaines maladies transmissibles et résurgence épisodique de maladies infectieuses. Un taux en augmentation des maladies chroniques (cardio-vasculaires ,cancer ,diabète...). La gestion des services de santé est caractérisée par une centralisation rigide et excessive. Une Faiblesse du système d'information permettant la gestion de l'organisation de santé (administration, gestion et calcul des coûts).Le mécontentement des personnels de l'hôpital public à l'égard des salaires perçus par rapport aux rétributions « administrées » du secteur privé (grilles de salaires ne répondant pas aux taux d'activité réels des différentes structures et ce ,en l'absence d'indicateurs de mesure de la performance et de la rentabilité des services). Les dépenses publiques affectées au fonctionnement du système de soins, sont arrivées à un volume tel que le financeur principal , la sécurité sociale ,ne pouvait y faire face .En effet elle est devenue au fil des ans ; le principal agent de financement de l'ensemble des dépenses sociales de l'Etat . « Un certain nombre de mesures que l'on pourrait qualifier de « techniques » peuvent de manière transitoire améliorer la situation : augmentation des taux de recouvrement auprès des administrations publiques et qui bénéficient en même temps de régimes dérogatoires .Ces solutions transitoires ; n'ont pu améliorer l'accroissement des dépenses dans leur globalité mais ont eu des répercussions seulement sur les dépenses affectées au fonctionnement du secteur public ».⁹⁴

12.2. Le problème de Santé appelle deux approches différentes :

12.2.1. Les deux catégories d'approches :

- L'approche capitaliste.

Ce système favorise l'exercice du secteur privé qui est pratiquement dominant dans la distribution des soins. « La santé est soumise alors à la production, et à la circulation marchande. Elle est sujette à une politique d'investissement et de rentabilité et placée dans le contexte d'une perspective utilitariste ⁹⁵: L'Etat intervient à protéger certains besoins sanitaires collectifs et offre ses services

⁹⁴ Dans : Chap.II-Section1: "Le système de financement du secteur public" (-P.41-42)-Prof.F.Z.Oufriha –« Cette Chère Santé » –P.8-OPU-1992-Alger.

⁹⁵ Destane Debernis: « Planification Sanitaire1973 »-M .Keddar: « Consommation et production de médicaments en Algérie -Revue CENEAP N°spécial P.82. »

sans discrimination. La prise en charge individuelle des besoins sanitaires est une caractéristique du système sociale offrent diverses formes de protection.

- Une approche socialiste.

Dans les pays à option socialiste. La protection sanitaire est intégrée dans l'action socio-économique d'ensemble. « L'Etat assureur se prononce comme le seul organe producteur de soins. Entre les deux systèmes il y a bien deux conceptions différentes. Quant à la formation du médecin, la structure de l'appareil médical, la place de la prévention, les orientations et la gestion de l'industrie pharmaceutique ».⁹⁶

12.2.2. la planification de la santé :

Le terme désigne l'action d'organiser selon un plan. En économie contemporaine, elle permet aux pouvoirs publics d'encadrer le développement économique de la nation et d'un pouvoir l'évolution sur quelques années. La planification sanitaire est dans cette perspective, une démarche consistant à utiliser au mieux les ressources disponibles pour faire face aux besoins de santé publique. La planification de la santé est une mission d'organisation qui se réalise surtout sur le plan régional, national, ou international. Les médecins et les autres catégories de personnels de santé n'ont donc qu'exceptionnellement l'occasion de participer à l'élaboration d'un plan, mais ils sont indispensables à son succès car leur participation à de nombreux programmes est souvent nécessaire. Il est important de connaître la démarche générale de la planification sanitaire pour comprendre pourquoi certain projets sont lancés et non pas d'autres. Les services chargés de la planification de la santé constituent une part très importante des missions des ministères de la santé. S'il est désormais admis dans le contexte actuel de contrôle des coûts qu'il est difficile de "tout faire" pour éviter une dilution des ressources déjà "rares" un minimum de cohérence et de méthode est nécessaire pour élaborer des choix d'où l'utilité de la planification de santé. (Reinke) propose une définition synthétique du processus de planification " la planification est l'allocation rationnelle, pratique et efficiente des ressources rares (c'est à dire l'utilisation cohérente des biens disponibles), basée sur des objectifs réalistes et des priorités que l'on peut apprécier. Le but de la planification de la santé est toujours d'organiser, avec méthode et logique, des grandes actions (appelées programmes) afin d'obtenir une amélioration de l'état de santé d'une population. Cette amélioration (de l'état de santé pourra être appréciée objectivement grâce à l'utilisation des mesures empruntées à la science de l'épidémiologie (Morbidité, mortalité, espérance de vie...). La démarche utilisée en planification de la santé est représentée généralement par les étapes suivantes : l'identification des problèmes de santé de la population pour en exprimer les besoins (ex: Tuberculose, Sida, Cancers du sein...); Le classement des besoins par effet de priorités; La mise en œuvre des programmes (informations, ...); L'évaluation de l'efficacité des programmes (par ex par sondage, apurés des jeunes pour ce qui est, des maladies sexuellement transmissible par ex ...).

12.3. Les dépenses de santé :⁹⁷

La méthode la plus utilisée en analyse des coûts est celle qui consiste à comparer les coûts avec les quantités de produits de santé, cependant, ceux ci sont difficilement mesurables car la santé est difficilement quantifiable et qualifiable. En milieu hospitalier, le calcul des coûts par journée d'hospitalisation et souvent effectué. Il s'agit en fait d'un coût moyen par jour qui ne représente que très imparfaitement les coûts réels. En effet, un malade hospitalisé donné ne consomme pas

⁹⁷ L'Etat Algérien consacre environs 59 Dollars US de dépense de santé par Habitant contre environs 209 Dollars US représentant la moyenne consacrée pour les pays arabes ;(source : Rapport –MENA –Amman-2000.) Soit une moyenne de 7 % du PIB pour l'Algérie ; – Maroc : 56 USD, -Tunisie 118 USD.

régulièrement la même quantité de soins, chaque jour de son séjour, de plus chaque malade à un comportement et une demande différente dans un même hôpital et à plus forte raison dans des hôpitaux différents. Le calcul du coût par malade hospitalisé est beaucoup plus précis mais le nombre très élevé de maladies, de leurs différentes formes au stade d'évolution impose le recours à une classification. Celle-ci permettra, la prise en compte ; d'un coût moyen des malades vis à vis de cas comparables. Il s'agit de constituer des groupes homogènes de malades (GHM), cette méthode de gestion importée des Etats Unis a inspiré le projet Français de médicalisation du système d'information (PMSI) dont nous évoquerons son importance ; dans le traitement des données au fût et à mesure à travers les chapitres qui suivent. La tarification en matière de santé offre plusieurs avantages ; elle constitue une base de paiement pour le travail des professionnels de la santé ; permet en fixant les prix d'homogénéiser la quantité des services rendus. Toutefois, la fixation d'un tarif pour un service médical est obligatoirement arbitraire, car la santé échappe aux règles classiques de la consommation. En effet il n'existe pas de marché au sens classique du terme. Les prix ne s'équilibrent pas d'eux mêmes selon les mécanismes de l'offre et de la demande, car d'une part le domaine de la santé est riche en situations de monopole et d'autre part les individus bénéficiaires des prestations ne possèdent pas l'information permettant de décider leurs consommations et ne supportent pas directement les frais grâce aux assurances maladies. Beaucoup de pays comme la France, le Canada utilisent le paiement à l'acte comme mode de rémunération de la pratique médicale libérale. Si le contexte est différent dans ces pays, il repose néanmoins sur des nomenclatures établies au préalable. La pratique d'une telle tarification permet d'éviter que les prix soient stabilisés ; et n'influencent pas la qualité des soins.

12.4. La gratuité des soins au service national de santé :⁹⁸

▪ La gratuité des soins :⁹⁹

Elaboré à travers les documents doctrinaux de la révolution Algérienne ; Le projet de gratuité des soins fût mis en application en 1974. Avec l'instauration d'une dynamique de socialisation de soins , ce projet ayant eu tendance à édifier un système de santé similaire à celui des pays socialistes . Cette mesure devait répondre à un besoin social profondément exprimé par la population . Il s'agissait alors d'un projet de système de soins nouveau devant être amélioré tant sur le plan de l'organisation que sur le mode de distribution des soins . Résultant d'un choix politique car ; il remet en question l'institution sanitaire existante du moment , les mentalités et les comportements , des différents acteurs du système de soins. La charte nationale de 1976, prônait une intervention étatique généralisée .¹⁰⁰ Il s'agissait donc de mettre en place un régime universel ; devant couvrir la prévention et les soins de base . Les bénéficiaires de la mesure de gratuité sont tous les citoyens sans exception . Ce principe se traduit par ; la socialisation des dépenses publiques ainsi effectuées sans effet de sélection, ni par rapport aux bénéficiaires (groupes sociaux) ni par rapport aux affections ; et à la nature des maladies prises en charge ou même, les modalités de leurs traitements. Cette politique va entraîner un accroissement substantiel des coûts ; et un dysfonctionnement de l'activité du secteur public. Compte tenu de la faiblesse des moyens réels, devant accompagner le projet, on

⁹⁸ Mis en place dans le cadre du deuxième plan quadriennal (1974-1977)- F.Z. Oufriha : « Une analyse économique du système de soins en Algérie »- Cette chère Santé- . O.P.U-1992-P.1- chap.13

⁹⁹ Cf.-« La gratuité des soins :socialisation ou médicalisation »-Chap.1-dans : « une analyse économique du système de soins en Algérie »-« Cette chère Santé » -F.Z. Oufriha-OPU-1992.

¹⁰⁰ « L'Etat est chargée d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population ... La médecine gratuite constitue ; la base de l'action de santé publique en Algérie, tandis que la constitution consacre le droit à la protection de la santé par un service de santé général et gratuit ».

verra cette action butée à la question de savoir : « pour quelles catégories de population le secteur public va-t-il fonctionner ».

▪ La remise en cause partielle de la gratuité des (1984) :

Lors de la réunion du « comité central du FLN »¹⁰¹ siégeant pour étudier le dossier « santé » il fût adopté une résolution comportant 159 points à travers lesquels a été adopté officiellement (un système national de santé) et dont les caractéristiques sont spécifiées. Cependant, ce système fût défini comme relevant beaucoup plus d'un système de l'assurance nationale dans la mesure où le mode de financement et d'organisation étant assuré par la même autorité politique et administrative (le payeur n'étant pas en même temps le distributeur de soins – L'état et les assurances sociales). La politique de gratuité des soins est partiellement remise en cause dès l'année 1984. Un certain nombre de mesures furent prises pour alléger la dette publique. Les pouvoirs publics furent contraints de faire payer une certaine catégorie de citoyens les prestations d'actes et de soins médicaux dispensés à titre ambulatoire, le ticket modérateur fût rétabli. Durant cette même période, la question de l'autonomisation de l'institution hospitalière publique ; ainsi les obligations d'opérer des réaménagements du système, faisait déjà sujets de débat entre réformateurs et conservateurs, à l'assemblée nationale. Malgré les actions de bonne volonté affichées par les pouvoirs publics ; dans l'objectif d'assurer une médecine potentielle performante, garante de la protection du citoyen il y eût par conséquent prééminence d'une logique de besoins à celle des coûts¹⁰² (période allant de 1974-198).¹⁰³ En effet la problématique fût ciblée à travers les facteurs endogènes au système de soins lui-même ; et non à des éléments extérieurs ; partant de l'analyse qui a été élaborée dans ce sens ; et qui révèle des carences dans le fonctionnement et l'articulation des différents secteurs et unités de production, de distribution de soins, et du schéma de financement des dépenses.

12.5. L'organisation de la distribution des soins :

1-Les secteurs sanitaires :

Préconisés en 1980, les principes définissant l'organisation du système de santé va permettre un effet d'unification des normes de gestion, de décentralisation des structures, de démocratisation de des procédures de gestion et par la même une intégration de toute l'organisation au plan de développement économique et social. Cette politique de réorganisation et d'intégration progressive aura pour objectif :

-L'unification et la réactualisation de la réglementation sanitaire ; l'application des principes de « sectorialisation et de régionalisation »¹⁰⁴ ; la redéfinition du rôle et des fonctions des différents ministères intervenant dans le système des soins et L'intégration de l'ensemble des structures de santé dans l'application des programmes nationaux et régionaux de santé ; L'extension du réseau de santé en respectant la carte sanitaire (schéma directeur), l'intégration à tous les niveaux de la distribution des soins des activités préventives et curatives. La « sectorialisation » du système de

¹⁰¹ Quatrième session du comité central du parti du Front de Libération Nationale : Décembre 1980 –Alger.

¹⁰² -« En effet se limiter, à un seul constat global sur les coûts pour limiter les dépenses publiques n'a aucun sens ; si l'on n'a assigné aucun but précis de la politique de santé » -forte croissance des dépenses de santé et contestation de leur productivité.- P.126-Chap. 1/Section 2 – F.Z. Oufriha « une analyse économique du système de soins en Algérie »- OPU-1992.

¹⁰³ Source : Tableau statistique N°30 ; – (P.196-197)- « Evolution de la ventilation des dépenses de fonctionnement du ministère de la santé)- « Une analyse économique du système de soins Algérien » F.Z. Oufriha ; OPU-1992.

¹⁰⁴ Un secteur sanitaire intègre l'ensemble des structures de prévention ; de soins et de diagnostics ainsi que l'hospitalisation des patients implantés dans le territoire de la Daira (circonscription administrative). Le secteur sanitaire est composé d'un hôpital représentant le pôle et dirige les unités sanitaires satellites constituées par des polycliniques et des centres de santé hiérarchisés. « F.Z.Oufriha dans : une analyse économique du système de soins en Algérie –PP.17-18.1990.

soins s'est confiné par le biais d'un découpage géographique de l'appareil de soins en secteurs sanitaires dont la consistance territoriale se délimité par une « Daïra »¹⁰⁵. Le secteur sanitaire intègre un ensemble de structures de prévention, de soins, de diagnostics et d'hospitalisations implantées dans le territoire d'une « Daïra ».

▪ Le secteur sanitaire est décentralisé par rapport à l'autorité de tutelle et bénéficie d'un budget géré de façon autonome. Erigé en établissement public à caractère administratif (décret de 1984), le secteur sanitaire prend une forme d'organisation bicéphale, dirigé par un directeur et placé mutuellement sous contrôle d'un conseil d'administration chargé de superviser ses activités. Cependant, le découpage qui fût effectué durant cette période semble répondre beaucoup plus à un souci d'ordre organisationnel et par conséquent à une demande « administrative » plutôt qu'à une demande de santé. « Cette transposition d'une fonction sanitaire à une fonction administrative » est caractérisée par la primauté de l'aspect administratif appliqué de façon mécanique, aboutissant à la création en milieu urbain de plusieurs secteurs autonomes dans un même territoire provoquant à la multiplication de postes administratifs et de ce fait l'alourdissement considérable des frais de personnels de services (administratifs).¹⁰⁶

L'intégration de ces deux organes est assurée par la directeur de l'établissement qui en assure la présidence du conseil. Le conseil de direction comprend en outre un représentant de l'assemblée populaire de wilaya, un représentant administratif de chaque type de structure médicale autre que l'hôpital, le président, le vice président du conseil médical deux médecins, un chirurgien dentiste un pharmacien exerçant dans les unités de base; le représentant de la section syndicale et un représentant des paramédicaux relevant du secteur.

12.6. La régionalisation sanitaire :

L'opération de régionalisation de la carte sanitaire a entraîné le découpage du territoire national en treize régions sanitaires comprenant chacune un certain nombre de « wilayat ou Préfecture », elle définit les différents secteurs sanitaires en trois types (A, B et C) :

- Un secteur de type A correspondant à un chef lieu de région sanitaire et couvrant un certain nombre de secteurs de type B; le secteur en question assure la prise en charge de quelques 50 spécialités médicales et chirurgicales.
- Un secteur sanitaire de type B : correspondant à un chef lieu de wilaya et offrant une gamme de quelques vingt spécialités médicales et chirurgicales.
- Un secteur sanitaire de type C, dont la définition et les zones d'implantation sont définies par voie réglementaire. La régionalisation des structures ayant abouti à l'implantation d'un schéma d'organisation de type pyramidal, ayant au sommet un hôpital de type CHU : Centre hospitalier universitaire généralement implanté au nord du pays avec une capacité de 600 à 800 lits) et hôpitaux de soutien à la base ayant le statut d'hôpitaux régionaux (EHR) susceptibles d'assurer les soins de type A, B et C. Notons par ailleurs que la carte sanitaire dont la réalisation qui fût tributaire d'un investissement technique et de moyens considérables devait être abandonnée partiellement dans l'objectif d'être réaménagée et restructurée.

12.6.1. L'autonomisation des CHU (1986) :

Les CHU (Centres hospitaliers universitaires) furent séparés des secteurs sanitaires dès 1986. Cette option avait pour objectif d'accélérer l'effet d'autonomisation de la gestion; qui fût longtemps

¹⁰⁵ Circonscription administrative représentant une sous préfecture (régime colonial), englobant une population d'environ 100.000 habitants.

¹⁰⁶ Larbi Lamri : Le système de santé Algérien « organisation, fonctionnement et tendance – mémoire de magistère - 1986-Alger ».

centralisée, par l'introduction de nouvelles règles. Parallèlement, les structures extrahospitalières qui leur étaient rattachées ; furent organisées distinctement .Durant la même période, on assiste au passage à l'économie de marché, de la plupart des entreprises Algériennes .L'Etat va devoir restructurer le système de santé ; en rapport avec l'évolution des besoins sociaux ; compte tenu du projet de politique global de développement , social et économique .Sur le plan financier ,les structures de santé sont contraintes, de négocier leur budget auprès de la sécurité sociale , pour ce qui concerne les hôpitaux ; qui bénéficient d'une certaine marge d'autonomie financière ; un système de modulation de leur enveloppe budgétaire, leur est imposé ; établi en fonction du programme d'activités .Les principales actions qui furent entreprises pour renforcer le secteur de la santé ont été les suivantes : L'impulsion de la production nationale de médicaments ; par le développement de l'industrie pharmaceutique et la limitation des importations ; L'unification des structures médicales, d'entreprises et d'organismes collectifs sous la tutelle de la santé publique.

- La réforme des études médicales ayant pour objectif ; la formation d'un plus grand nombre de médecins ; La prévention sanitaire à entreprendre comme action prioritaire et intégrée dans le programme de l'Etat. La Création des infrastructures sanitaires de base (Polyclinique centres de santé – P.M.I : centres de protection de maternité infantile). Le système de santé recommande une unification donc, dans son organisation, et une plus grande décentralisation dans son fonctionnement ; appelé à gérer des moyens très lourds, et faire face à une demande libre et croissante, du fait de l'explosion démographique ; et d'autres facteurs socio-économique. Le rôle du système de santé ; étant de mettre l'accent , sur les mesures et actions citées ci-dessous, tout en répondant efficacement à la demande de soins, sur le territoire , et pour tous les citoyens en intégrant les tâches de soins et de préventions. Le système de santé national, ayant transité par cinq phases principales :

- Une phase de réorganisation du secteur et de la distribution des moyens disponibles (1967 - 1974). - Une phase de recentrage du développement de secteur ; à la lumière des dispositions de la médecine gratuite. -Une phase du quinquennal. (Mise en place des principes généraux). -Une phase de stabilisation de la croissance du secteur (1984-1989). -Une phase de standardisation des normes de gestion ; en préparation de la contractualisation avec les partenaires économiques et sociaux.¹⁰⁷

12.6.2. La hiérarchisation des soins :¹⁰⁸

La hiérarchisation des soins a été formalisée, en quatre niveaux de santé (À, B, C et D), ce type d'organisation est opéré selon le degré de complexité , et de spécialisation :

- les soins de premiers recours du type (D); sont pris en charge au niveau des centres de santé, des salles de soins et de consultations ainsi que ; les polycliniques .les normes de santé par rapport à ce niveau de soins prévoient : une salle de consultation et de soins ; couvrant une population aux environs de 10.000 habitants ; et un centre de santé au niveau de chaque commune rattachée à une agglomération d'environ 20.000 personnes. Le centre de santé a pour mission ; d'assurer les actions de prévention, et de l'hygiène scolaire. Les polycliniques auraient pour charge de couvrir les besoins d'une population comprise entre 20.000 et 30.000 habitants environ.

- Les soins généraux de type (C) sont pris en charge par des hôpitaux de « Daïra »et de « wilaya » assurant les besoins de santé de la population ; en matière de prophylaxie ; de formation, et de gestion des structure de santé relevant des attributions de la région. L'Hôpital de« daïra »

¹⁰⁷ période durant laquelle les hôpitaux peuvent retrouver une autonomie de gestion en prévision de la contractualisation.

¹⁰⁸ M.Kaddar : « financement et dynamique du système de soins » thèse de doctorat d'Etat –janvier 1986.

-Séminaire sur le développement du système National de Santé –Op. Cité.-F.Z.Oufriha :Une analyse économique du système de soins en Algérie pp.21-1992.

généralement doté d'une capacité de 240 lits au minimum, assurant la prise en charge pour les spécialités de base (médecine interne ;chirurgie générale, gynécologie obstétrique ,pédiatrie et autres ophtalmologie ; Oto-Rhyno-Larynx) .

- les soins spécialisés de type (B) ; sont assurés à un niveau régional ou national, uniquement par les établissements hospitaliers ; qui ont vocation d'être spécialisés dans les pathologies sollicitant plus de technicité (plateau technique performant) et une spécialisation accréditée.
- Les soins hautement spécialisés de type (A) sont assurés ; par les établissements hospitaliers spécialisés ; dans un chef lieu de région, et dont les activités sont réservées ; à la prise en charge des pathologies lourdes : (cardiovasculaires, traumatologie...) .Les établissements concernés devraient répondre à des normes de référence nationale. Avec cette politique de découpage ,l'accès aux soins spécialisés du secteur public ,devient sélectif car il doit s'opérer de façon impérative par le biais du généraliste qui devient ainsi le modérateur primaire du système .En fait ,la hiérarchisation des soins traduit essentiellement, le mouvement de repli des hôpitaux sur eux-mêmes ; et donc vise beaucoup plus à mettre fin à ce qui est appelé « la dispensiarisation »¹⁰⁹ des hôpitaux qu'à réaliser un fonctionnement intégré de l'ensemble des structures ¹¹⁰

12.7. Les différentes phases du système :¹¹¹

- 1^{ère} phase : Cette première phase était marquée par l'absence d'un système de programmation sanitaire organisé. Au cours de cette période les actions engagées se sont limitées à une redistribution de moyens ; par l'extension de la couverture sanitaire à travers le pays afin de pallier aux disparités régionale existantes. (Lancement des plans spéciaux).
- 2^{me} phase : Les textes de la médecine dite gratuite précise qu'il ne s'agit pas seulement d'une disponibilité de soins gratuits ; mais aussi d'une meilleure qualité des prestations.
- Ainsi donc ; l'instauration de la médecine gratuite a généré ; un programme d'investissement volumineux en infrastructures et en dotation d'équipements médicaux. Le 2eme plan quadriennal devait réaliser 154 polycliniques 317 centres de santé, 25 maternités ainsi que la réalisation de 07 hôpitaux :(Rapport général plan quadriennal 1979).
- L'importance de la demande de soins ; libérée par le nouveau système, a fait que les moyens financiers étaient peu importants. L'accroissement des recettes pétrolières (1974) ayant favorisé, l'étouffement du budget d'équipement soit(une augmentation de 55%, et 2,3 milliards de dinars).
- Durant cette période 672 millions de dinars furent investis par le ministère de la santé, ce qui permettait en outre ; de renforcer les aléas de la médecine gratuite, et par la même occulter les véritables problèmes de gestion.¹¹²

Le schéma organisationnel qui existait en 1974 ; avait rapidement été modifié pour face à la forte demande. Cette dernière fut expérimentée par un accroissement continu du nombre de consultation et d'admission dans tous les établissements sanitaires publics. D'ou l'incapacité, de satisfaire toutes les demande en croissance continue. Nous pouvons évoquer certaines causes , à savoir : L'absence

¹⁰⁹ Marquant le reflet d'une volonté d'extension et de diversification des soins à titre ambulatoire : les Centres Médicaux Sociaux (CMS) de la sécurité sociale : institués dès 1972 (cliniques et unités spécialisées).F.Z. Oufriha dans :une analyse économique du système de soins en Algérie –PP.17-26.

¹¹⁰ Le système de santé : Larbi Lamri –op.cité p.107.

¹¹¹ (1)-A-Hamani R Boukheloua,Bourokba (l'évolution du système de santé algérien depuis l'indépendance (séminaire sur le développement d'un système de santé national Avril 1983 p.39-78.

¹¹² En effet : « Gratuité des soins , ne peut aucunement signifier absence de critères de socialisation déterminés ,à l'avance ,et absence de prise en considération des coûts ,et des charges réelles ,nécessaires à l'obtention d'un niveau de santé satisfaisant , ce qui entre autre nécessitait une refonte totale de l'institution sanitaire... » -P.35/Chap.1-Section4- « Une analyse économique du système de soins en Algérie »-F.Z. Oufriha-OPU-1992.

de coordination entre les services de santé publics, et les différents organismes ; Les secteurs sanitaires délaissés et non intégrés au processus de développement, la détérioration des relations publiques (entre les Citoyens et les institutions) ainsi que, L'utilisation des personnels au niveau des grands centres.

12.8. La carte sanitaire :

▪ La nécessité de la mise en place de cette carte avait pour objectifs :

L'élimination de la disparité entre les régions; la densification du réseau sanitaire de base; l'organisation cohérente de l'infrastructure ; l'harmonisation du système de soins et de formation du personnel de santé. (Soit une autorisation de programme d'une valeur de 12,90 millions de dinars a été consentie). Après l'achèvement des différents plans de développement, la situation de la santé n'a pu connaître d'amélioration, les retards dans la réalisation des projets, le phénomène inflationniste incitant les coûts à la hausse, tout cela a fait que le système de santé devait être réformé en majeure partie. Le système de sécurité sociale préexistant ne pouvait, remplir les conditions requises pour atteindre les objectifs visés par le choix politique effectué. Depuis 1983, il y eut l'unification, de tous les régimes : le régime général, le régime des actionnaires, les régimes spéciaux, celui des non salariés et ceux de la mutualité agricole. La caisse de sécurité sociale des militaires n'étant pas concernée. La sécurité sociale assure ; la prise en charge de l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès, et l'assurance vieillesse.

Nous faisons remarquer que le système de sécurité sociale, n'est pas limité seulement, à couvrir les individus contre les différents risques sociaux mais ; finance une part des prestations du système de santé , depuis l'instauration du régime de gratuité des soins. La différence entre les prestations sociales et les recettes représente, la participation de la sécurité sociale à la médecine gratuite. Cette participation se traduit par la création d'infrastructures (CMS) financement du forfait hospitalier, transfert des malades pour soins à l'étranger.¹¹³

12.9. La politique de financement du système de soins :¹¹⁴

La politique de financement de tout système de soins est dépendante du niveau des ressources affectées au secteur d'une part et d'autre part de la manière dont sont effectués les emplois qui s'y rattachent .Concernant les ressources affectées aux dépenses de santé, les interactions macroéconomiques peuvent être expliqués de la manière suivante :

▪ Sur le plan des ressources :

Les assurances sociales prélèvent les cotisations obligatoires ; dans la limite d'un plafond qui fût révisé progressivement et relativement proportionnel aux salaires de postes ; induisant les employeurs et les salariés. L'ensemble de ces ressources ainsi que les prélèvements effectués par les mutuelles , étant affecté à la couverture des dépenses de fonctionnement et d'investissement pour le compte de la santé publique ; une part des prélèvements d'impôts effectués par l'Etat, sur l'ensemble des agents économiques (entreprises et ménages).

Sur le plan des emplois :

Deux contributions forfaitaires peuvent être citées : la première concerne le trésor ; qui opère pour le compte de l'Etat et donc de l'ensemble des contribuables ; la seconde ; émane de la sécurité sociale pour le compte des assurés sociaux et donc des salariés. Ces contributions vont être versées directement aux structures de soins publiques ; qui en assurent la prise en charge sanitaire de base du système de santé (secteurs sanitaires et unités de soins de base).

¹¹³ -M.Kaddar (la carte sanitaire en Algérie, une technique de planification)-, Revue CENEAPD .1982.

¹¹⁴ -Cf.-Chap. II-Section 1-« Le système initial de financement du secteur public »-P.41- : « Une analyse économique du système de soins en Algérie »-F.Z.-Oufriha-OPU-1992.

L'ensemble des soins effectués à titre ambulatoire dans le secteur privé et prescrits par le secteur public, sont remboursés pour les médicaments et autres produits rattachés aux soins (lunetterie-produits de laboratoires –radiologie), les hospitalisations opérées dans le secteur privé ne sont pas concernées par le remboursement. Des prises en charges de frais pour soins à l'étranger des ménages assurés (concernent les dépenses d'hospitalisation pour les maladies complexes généralement). On relèvera qu'une partie des dépenses se traduit par : l'importation des médicaments et les envois pour soins à l'étranger. Le système des soins national a été reconduit dans ses formes d'organisation traditionnelles, et financé par le biais de trois formes de procédures. Une part importante prise en charge par les collectivités publiques représentant 60% dans la couverture ; La prise en charge d'une catégorie spécifique par la sécurité sociale (Catégorie des assurés sociaux) ; ainsi que La prise en charge des dépenses de soins par les malades eux-mêmes. Le financement des dépenses de santé effectué au niveau de tous les établissements et secteurs sanitaires ; est assuré par l'Etat donc et la sécurité sociale ; les autres partenaires sont considérés comme négligeables, du fait de leur faible participation, les structures parapubliques constituent ; les unités sanitaires couvertes par la sécurité sociale et les entreprises publiques. Un réseau d'unité de soins a été créé, par le biais de l'action sanitaire sociale et familiale, financé par le biais d'une part des cotisations sociales. Le réseau étant constitué de centre médico-sociaux, de cliniques, de maternités, de petits hôpitaux et de centres de repos et de rééducation.

L'assurance sociale finance aussi les frais occasionnés par les soins à l'étranger. De manque de certain spécialistes nécessitant la mobilisation des ressources et personnel qualifié le transfert des malades à l'étranger. Cela ne concerne pas toutes les pathologies, on peut citer les cardiopathies, les maladies cancéreuses, les maladies de l'œil, les maladies rénales. Les conditions de transfert sont établies par l'administration de la sécurité sociale ; le prix et les modalités de paiement sont négociés en commun accord. Nous pouvons indiquer que les coûts de la journée d'hospitalisation dans un pays européen tel que la France, se répartit comme suit par type de spécialité.¹¹⁵

Spécialités	Année 2007-2008 (1Euro=101.41, taux moyen)
1- Soins intensifs.....	4200FF.50400 DA - 497 euros
2-Médecine .....Spécialisée	1945FF. 23340DA- 231 euros
3-Chirurgie .Spécialisée	2152FF. 25830 DA- 255 euros
4-Chirurgie Obstétrique	1795.FF.21540 DA- 213 euros
5-Médecine interne	1370.FF. 16440 DA- 164 euros
6-Sourd Muets	662. FF. 7950 DA- 79 euros
7-Handicapés Mentaux	642 FF. 6390 DA - 65 euros

Tab.1: Coûts par type de spécialité bulletin statistique-France- oct.-2007.

12.10. La restructuration des hôpitaux.¹¹⁶

L'organisation des lits d'hospitalisation ; ne répondant pas aux rigueurs prescrites par la réforme ; la création de certaines spécialités non prévues dans les textes dans les secteurs sanitaires « auxiliaires » devint nécessaire ; compte tenu des disponibilités en personnel et en infrastructure sous utilisés dans les secteurs sanitaires classés (A). L'optique d'un développement régional des niveaux de soins ; transite par une distribution des niveaux de soins et des lits, suivant le degré de

¹¹⁵ :cf. Ministère de la santé Français ,bulletin statistique oct.-2007 .

¹¹⁶ Ref : Séminaire national sur le système de santé : (Larbi Lamri)-Source : MSP.-1987.

spécialité pour renforcer les capacités des établissements ; ce qui se traduirait par conséquent, par la combinaison des niveaux A, B, et C.

12.11. Critique des fondements de la carte sanitaire :¹¹⁷

La carte sanitaire se présentait comme étant une initiative complète dans sa conception, seulement des critiques ont été formulées à son égard. Ces critiques ressortent des réalités, dans le domaine de l'économique et social que l'on peut résumer comme suit: Son élaboration était basée sur des données socio-économiques telles que la production, les moyens de communication, les équipements collectifs, seulement ces données n'ont pas été prises en considération d'une manière concertée ; son évaluation s'étant faite de manière archaïque ; et quelques normes seulement furent prises en considération (nombre de lits par habitant par ex.) difficulté qui s'en est suivie quant à l'intégration des paramètres socio-économiques qui sont très significatifs.

Il est évident que la mise en œuvre de la carte sanitaire suppose l'existence d'une somme d'informations fiables. Or, les manques ou défaillances dans ce domaine, sont légendaires. L'évaluation du patrimoine sanitaire en est un exemple, cependant il existe un écart important entre les différentes estimations effectuées. Aussi, la structuration du système de soins reste marquée par une juxtaposition contradictoire de trois grands secteurs : Le secteur parapublic : il fût créé ces dernières années administrativement intégré au secteur public, Le secteur public : doté d'une hiérarchie de fonctionnement qui a peu de rapport avec le système contenu dans la carte sanitaire; Le secteur privé ; en nette expansion dans la médecine ambulatoire et connaît un élargissement du champ géographique d'intervention, avec l'application de nouvelles règles d'installation. Le principe de la hiérarchisation ; la régionalisation et la « sectorialisation » des soins institué ; parmi les fondements de la carte sanitaire, a été de son côté critiqué et il est donc évident ; que la création des secteurs sanitaires ayant engendré la création des postes de travail supplémentaires ; aussi bien administratifs, médicaux et paramédicaux engendrant des charges supplémentaires. La faiblesse principale d'un tel type d'organisation réside également dans sa centralisation autour de l'hôpital qui devient beaucoup plus important qu'auparavant. Les unités de soins légers qui sont rattachées à l'hôpital deviennent marginalisées puisque, l'ensemble des moyens de santé vont au profit de l'hôpital central. Aussi, l'accès aux soins spécialisés du secteur public devient sélectif. Effectuer tout le cheminement des soins hiérarchisés deviendra très long pour le patient, il doit en fait passer obligatoirement par tous les niveaux, et les malades qui présentent une pathologie complexe encourent des risques.

Ainsi donc cela devient assez coûteux pour la collectivité de prodiguer des soins spécialisés sans résultat efficaces. Malgré les critiques, la carte sanitaire est appliquée mais jamais les objectifs réels pressentis ne furent réalisés. La situation dévoile une suraccumulation de problèmes sans solution possible. Le second plan quinquennal (85/89) apportera de nouvelles orientations au système.¹¹⁸

13. La réorganisation du système de santé Algérien:

13.1. La quatrième phase :

Elle coïncide avec le lancement du second quinquennal. L'objectif prioritaire et fondamental demeure toujours celui de la satisfaction des besoins élémentaires de la population en matière de santé. Les principales actions entreprises par le plan quinquennal étaient orientées vers les objectifs suivants : Le renforcement de l'organisation de la gestion et de l'organisation de toutes les structures

¹¹⁷-M.Kaddar « la carte sanitaire en Algérie : quelle logique ? ». Revue 1983 c.e.n.e.a.p.d. ».

¹¹⁸- Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire second plan quinquennal (objectifs et résolutions).

« le rapport d'exécution du plan annuel pour 1985 rappelle cependant que les besoins sanitaires s'expriment quantitativement de la façon suivante : 80% portent sur les besoins primaires ; 10% concernent les spécialités ambulatoires ; 10% nécessitent l'hospitalisation » Prof.Fatima Zohra Oufriha -3-P.99-« Cette chère Santé-OPU-1992.

sanitaires publiques : durant les plans de développement précédemment mis en œuvre toutes les actions mises en œuvre étaient prioritairement orientées vers la construction ; Le plan (85/89) accordait une importance particulière à l'amélioration de la gestion et du fonctionnement des services de santé Dans cette optique le système national de santé était appelé, à connaître une profonde réorganisation permettant son adaptation progressive aux besoins sanitaires des populations ; Cet objectif venait d'être matérialisé dans un premier temps par le plan d'action de santé publique adopté par le gouvernement le 30/mai 1984. Pour réduire le recours systématique aux services médicaux des actions de prévention par l'amélioration de la couverture sanitaire vaccinale l'hygiène du milieu ,l'éducation des masse la prévention et le dépistages des épidémies par le repérage systématiques des zones et des groupes de populations à risque à été multiplié Cette réhabilitation de la prévention se justifie au regard d'une statistique toute simple :80 pour cent de la demande de soins regroupait des maladies infectieuses et transmissibles. Le programme concernait essentiellement la lutte contre les maladies prévalentes, la réduction de la mortalité infantile et maternelle ;la protection des enfants en milieu scolaire et la prévention des accidents de travail ;le développement des soins primaires ,l'organisation des structures de santé et la rentabilisation des moyens mis en œuvre .La prépondérance de l'axe préventif ne remet pas en cause les éléments d'organisation en place sauf en ce qui concerne la volonté affichée de réhabilitation des infrastructures légères pour contrebalancer les effets de « l'hospitalo-centrisme »¹¹⁹. Le plan quinquennal se caractérise par l'action mise sur la volonté d'achever tous les programmes afin d'atteindre les objectifs fixés et concrétiser l'aspect qualitatif des soins comme facteur déterminant pour un meilleur état sanitaire du pays Concernant la catégorie du personnel le plan quinquennal n'a pas attribué de nouvel apport ;car les éléments concernant la planification et la formation étaient introduit dans la carte sanitaire sur la base des données initialement retenues .

13.2. La sécurité sociale :

Le monde économique moderne n'exclue en aucun cas l'importance des systèmes de protection sociales du développement économique d'une nation donnée Ces derniers expriment le mode de couverture contre les différents aléas et risques que couvrent en général les opérations de production et d'échanges et la vie sociale en particulier Pour cela chaque pays établit son modèle de vision sociale en la matière Le mode de protection sociale retrace dans son ensemble les caractéristiques du système économique de production et d'échange Socialiste et capitaliste sont les deux principaux régimes politico-économiques régnant dans le monde L'objectif fondamental de la prévoyance sociale restera un élément commun dans chacun des deux systèmes économiques Les lois de fonctionnement et la gestion des systèmes de sécurité sociale sont différentes selon le cas ou le système fonctionne suivant les principes des politiques libérales ou encore une économie planifiée centralisée Nous déduisons que la protection sociale universelle est représentée par deux systèmes relativement opposés . En Algérie, l'organisme de la sécurité sociale se caractérise par le renouvellement depuis 1984.Le modèle adopté en 1962 se caractérisait par la pluralité des régimes Le régime général des salariés regroupait l'ensemble des salariés ou assimilés affiliés à l'industrie du bâtiment du commerce et de l'industrie. L'autre régime concernait celui des fonctionnaires : salariés administrations publiques il est constitué par un certain nombre de régimes spéciaux.

13.3. L'institution de nouvelles règles de gestion :

Un avant projet de décret exécutif portant statuts des établissements publics de santé est soumis actuellement aux responsables et cadres du secteur pour enrichissement .Ce document qui devrait

¹¹⁹ Les CHU (Centres Hospitalier Universitaires) furent séparés des secteurs sanitaires dont ils constituaient le « centre » tandis que les unités extra hospitalières qui leur étaient dépendantes furent organisées distinctement .

être finalisé en janvier prochain fut élaboré par un comité interministériel installé en 1994, l'objectif premier de ce projet est selon les pouvoirs publics : le ministère de la santé, l'instauration de règles de gestion moins bureaucratiques donc moins rigides par la décentralisation des pouvoirs. L'innovation se situerait à deux niveaux : les structures de gestion et les moyens de financement pour le premier point, la mise en place d'un conseil d'administration composé de représentants du ministère de la santé, des finances, des compagnies d'assurances, des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de wilaya, d'un délégué des personnels médicaux, d'un représentant des associations d'usagers et celui des médicaux pour les CHU, ce conseil mandaté pour trois ans délibère sur toutes les questions liées à la gestion de l'établissement mais soumet ses conclusions à la tutelle pour approbation. L'intérêt selon le ministère de la santé consiste à décentraliser toutes les prérogatives au profit des responsables locaux.

Les assises tenues sous le patronage du ministère de la santé devaient jeter les bases des nouvelles règles de gestion des établissements sanitaires (1994). L'objectif premier du projet étant la décentralisation des pouvoirs de décisions ; et ceci devrait apparaître à deux niveaux : les structures de gestion et les ressources de financement ; l'autonomie sur le plan de la comptabilité octroie plus de possibilité de financement. L'établissement pourra assurer une prestation de services payants à des malades non hospitalisés. Pour l'exemple des malades externes pourront bénéficier du scanner à l'hôpital donné à des tarifs moins élevés que le secteur privé. Les recettes seront également assurées par les remboursements des assurances au titre des dommages corporels accidents de la route, victimes des dégâts couverts par la (SAA, la CAAR) etc.. Les institutions sanitaires pourront contracter des conventions avec des entreprises industrielles et commerciales pour des suivis et la couverture médicale de leurs personnels. Les collectivités locales devront verser des subventions en fonction de leurs capacités. Il demeure cependant que les sources de financement les plus importantes ; sont les subventions de l'Etat et la caisse d'assurance sociale. Le trésor public continuera à prendre en charge la prévention, les urgences médicochirurgicales ; la recherche médicale ; le planning familial, ainsi que les citoyens démunis sociaux. Les assurés sociaux sont couverts par leurs cotisations le malade non assuré sera à la charge des collectivités publiques locales (APC : les assemblées populaires communales).

13.4. Les mécanismes de financement du secteur public :

Durant la période allant de 1962 à 1974 les modalités de paiement s'effectuaient sur la base d'un prix de journée et d'une tarification des actes.

Une deuxième période durant laquelle il fut mis en place le régime de la médecine gratuite allant de 1974 jusqu'à nos jours ; cette période étant caractérisée par des procédures d'allocation des ressources par effet de budget globalisé (budgétisation qui fut substituée à l'ancien mode basé sur la tarification au prix de journée.

Le mécanisme de financement basé sur le prix de journée ; devait aboutir à l'imposition de la tenue d'une comptabilité, devant déterminer les coûts de journées. Seulement le cadre de gestion n'ayant pas changé ; étant donné les incohérences qui devaient apparaître, mettant en doute toutes les tentatives de changement ; les pouvoirs publics continuaient à allouer les budgets aux hôpitaux sans considération de critères d'efficacité.

Il est à relever que l'hôpital public algérien devra changer de statut juridique ; car il a besoin d'une autonomie de gestion ; qui lui permettra de fixer des niveaux de performance basés sur plusieurs critères d'activité ; et par voie de conséquence, serait l'aboutissement vers la voie de la contractualisation, pouvant contraindre les professionnels ; à améliorer leur prestations et les gestionnaires à rationaliser les dépenses budgétaires.

13.5. Le système initial de financement :

L'instauration de la gratuité va entraîner, une réforme dans les procédures d'affectation des crédits budgétaires de l'Etat (budget central), ainsi que les crédits relevant des caisses de la sécurité sociale qui représentent au fait ; les deux sources principales du financement du secteur public ,composé de l'ensemble des hôpitaux et des structures légères de soins, le secteur public était financé par trois sources distinctes correspondant aux trois catégories de malades ¹²⁰:

- Les ressources propres : elles proviennent des paiements effectués par les malades payants ayant bénéficié des prestations dans le secteur public ; mais qui ne sont pas couvertes par une quelconque assurance sociale (les professions libérales ,les commerçants...).
- Les remboursements de frais : devaient provenir des assurances sociales (ensemble des régimes) en contrepartie des soins dispensés aux assurés ou à leurs ayant-droits hospitalisés .Ces remboursements étaient calculés ; sur la base d'une tarification ayant comme support un « prix de journée » fixé annuellement par les autorités de tutelle ; calculé sur la base de l'année antérieure .Il est à préciser que durant la période (1963à1973) ; les assurances sociales et en particulier le régime général ; n'assuraient le remboursement de leurs créances ; qu'à la limite des 30% pour la couverture des prestations hospitalières.¹²¹
- Les avances de l'Etat : elles sont constituées par les versements effectués par le trésor, pour le compte de l'Etat , et de la caisse de solidarité des départements et des communes ,pour le compte des collectivités locales .Elles représentent le financement des prestations effectuées ; au profit des personnes, relevant de l'assistance médicale gratuite (Le trésor devant couvrir 85% , les départements 8% et les communes 7%).En pratique , ces avances ne devraient couvrir que la part des dépenses d'hospitalisation .

Ainsi donc « tant les malades payants que les assurés sociaux ; par le biais de leur assurances sociales , vont se révéler de mauvais payeurs ; d'où les difficultés chroniques vont s'installer progressivement au niveau des hôpitaux, mettant constamment leur balance financière en difficulté, le problème est alors posé en termes de déséquilibres financiers des structures de santé ; et donc de leurs modalités de financement ».¹²²

13.6. L'instauration du forfait hospitalier :

La gratuité des soins instaurée en 1974 ne va pas entraîner un changement dans le procédé de financement des dépenses .Il fût stipulé que « l'Etat et les organismes publics qui en dépendent ,financent les secteurs sanitaires » , c'est ainsi que le système de financement traditionnel est maintenu ,néanmoins les modalités et règles de participation au financement des différents agents vont devoir être unifiées .L'obstacle financier pour l'accès aux soins va être levé sur le plan individuel et sera transféré vers une prise en charge collective des dépenses du secteur public . Les deux principaux bailleurs de fonds , l'Etat et la sécurité sociale se trouvent impliqués d'avantage , d'une part pour ce qui concerne les subventions allouées par l'Etat aux hôpitaux , préétablies et fixées quelque soit par ailleurs le volume médico-économique enregistré ; et d'autre part la sécurité sociale, assurant le recouvrement d'une partie des dépenses par le biais du trésor ; C'est ainsi que l'ancien système de gestion ; basé sur la tarification en termes de « journées hospitalières », se trouve abrogé ; considéré comme étant, un mauvais indicateur de résultats car, basé sur le prix de journées d'hospitalisation .Cette procédure ;conduisait les gestionnaires ; à maximiser le nombre de

¹²⁰ 1-Catégorie de patients non couverts par l'assurance maladie-2 :catégorie des assurés et leurs ayant droit

3 :Catégorie de personnes relevant de l'assistance médicale gratuite (A.M.G.).

¹²¹ Cf. -Chap.3 « L'organisation du système de la sécurité sociale -Section 3-F.Z. Oufriha -Une analyse économique du système de soins en Algérie ».OPU-1992.

¹²² -Une analyse économique du système de soins en Algérie -f.z.Oufriha-p.43-Chap.2--opu .1992-

jours ; pour obtenir plus de crédits correspondants .L'instauration du budget global ; sans définition de règles précises de gestion en matière d'affectation et de contrôle des ressources conduisait à une excoissance de coûts sans rapport avec le volume d'activité .Alors que la gratuité va se transformer en une non prise en compte des coûts véritables , les mécanismes d'accès aux ressources financières n'étant accompagnés, d'aucune procédure interne ou externe ; s'assurant que ces ressources sont rationnellement utilisées. Le forfait hospitalier ; qui sert en principe à financer les prestations fournies aux assurés sociaux par le secteur public (l'hospitalisation) ; finance largement le système public de soins , par suite du désengagement progressif du budget de l'Etat.¹²³

La problématique de l'excoissance des dépenses propres au secteur public de soins.

13.7. La part des dépenses de personnel dans l'augmentation des coûts :

Dans le secteur public de soins ,érigé en secteurs sanitaires ¹²⁴ ,l'accès est gratuit pour toute la population et le financement est supporté par la sécurité sociale et le budget de l'Etat conjointement .Vu que les structures de soins publiques fonctionnent à l'équilibre et que leur finalité se résout à un objectif social ne recherchant pas de profit , on peut considérer leurs dépenses comme étant l'expression des coûts financiers des soins qu'ils dispensent .Deux constats peuvent être mis en relief : sur le plan des ressources ,on assiste à une croissance explosive des dépenses qui sont financées en majeure partie par la sécurité sociale .Sur le plan des ressources-dépenses , cela s'explique naturellement par l'excoissance¹²⁵ de l'offre de soins ; opérés par les secteurs sanitaires Le titre de dépenses de personnels est considéré comme étant le plus lourd dans les structures de santé publiques , il consomme plus de 65% du budget global de fonctionnement .En plus de la rémunération des salariés dont la charge est supportée par les pouvoirs publics ,celle des médecins privés est aussi largement socialisée , le remboursement des frais est supporté à concurrence de 80%par la sécurité sociale en couverture des prestations dont bénéficient les ménages et les particuliers .Les dépenses de personnels figurent cependant dans la catégorie des coûts fixes , car ils ne varient pas en fonction du volume d'activité .L'activité des unités de soins demeure au-delà des résultats escomptés une activité de service basée sur le personnel .Nonobstant l'investissement considérable opéré en équipements ,le progrès technique loin de diminuer le coût ; alourdit la charge en raison du manque de spécialisation éprouvé par le personnel ; et qui nécessitait plus de formation durant cette période (de1974 à 1990).

13.8. Une gestion budgétaire à tendance « administrative »:

C'est au niveau du secteur sanitaire que s'effectue l'élaboration du budget prévisionnel qui doit couvrir l'ensemble des dépenses de santé, la gestion budgétaire obéit aux principes de la comptabilité publique. c'est ainsi que les crédits sont alloués aux structures par le biais d'un compte spécial et les receveurs des contributions diverses en constituent les payeurs .La gestion des crédits est soumise à un contrôle périodique (vérification de la conformité des dépenses ,blocage des paiements en cas de dépassements) , la gestion réelle s'opère à un niveau central ; car à la base on assiste uniquement à une gestion de trésorerie .Les prévisions budgétaires sont effectuées au niveau de la direction centrale du budget du ministère de la santé ; qui sont présentées par la suite au

¹²³ Le taux de croissance annuel moyen enregistré sur la période de 1972-1986 était = 500% ¹²³.Le forfait hospitalier qui participait à concurrence de 28% dans le financement du système de soins, va accroître sa contribution entre 1985 et 1986 soit un e part de 76.5%.¹²³-Source : « Ventilation des dépenses sociales effectuées par la sécurité sociale de (1963 à 1986)- Tab-24-P.81 - : « Une analyse économique du système des soins en Algérie »-F.Z. Oufriha-OPU-1992.

¹²⁴ Changement de statut vers 2002 avec la création des Etablissements Publics

Hospitaliers :(EPH)et(EPSP) :Etablissements publics Hospitaliers et , Etablissements Hospitalier de santé de proximité.

¹²⁵ Croissance des dépenses entre 1974et 1980 (5% en 1975à88% 1980). Une analyse économique du système de soins en Algérie » P.202 -

ministère des finances lequel, fixe la part qui sera prise en charge par le budget de l'Etat, et détermine ainsi le financement « complémentaire » aux assurances ; par le biais du « forfait hospitalier ». Au niveau macro-économique c'est l'Etat (ministère des finances) qui entreprend le rôle d'arbitrage entre les intérêts de la collectivité (sécurité sociale – organes payeurs) et les agents du système de soins représentés par le (le ministère de la santé). En dépit du manque de règles de gestion préconçues, et vue l'absence de comptabilité analytique, la démarche utilisée par la majorité des gestionnaires consiste à dégager par titre de dépenses, une moyenne des dépenses réalisées au cours des trois exercices antérieurs. Cette moyenne est majorée par un taux d'actualisation forfaitaire; et en constitue l'indicateur de départ, pour toutes les prévisions budgétaires effectuées. Finalement, les secteurs sanitaires se retrouvent la plupart du temps, dans une situation paradoxale; d'excédents et de déficits de façon permanente, cela se traduit par l'incapacité pour les établissements à dépenser, la totalité de leurs crédits, par les « restes à payer » qui sont cumulés souvent sur plusieurs exercices.¹²⁶ L'excédent de crédits est dû essentiellement à l'indisponibilité temporaire des biens à acquérir et en particulier les biens d'équipements, et le matériel médical. Cet état de fait conduit à l'acquisition de produits existant sur le marché provoquant ainsi un gonflement des stocks préexistants en (matières premières-médicaments – pièces de rechange...). Si les déficits sont partiellement résolus par le biais du forfait hospitalier, il n'en demeure pas moins que les budgets hospitaliers jusqu'en 1992 et même actuellement; sont dépourvus d'objectifs en termes de programmes à concrétiser traduits par des obligations auxquelles les établissements doivent s'y attacher. Le système d'allocation de ressources basé sur le forfait et le budget global semble ne pas favoriser l'effet de rationalité de la gestion. En France, l'expérimentation en a été faite, l'opération de rationnement des dépenses; qui fût basée sur le budget global a été remplacée en 2004; par le système de tarification à l'activité; intégrant le calcul des coûts par pathologie, avec comme support d'information et de traitement des données; le PMSI l'équivalent des D.R.G.¹²⁷

III. Conclusion.

Le jeu de l'offre et de la demande dans le domaine de la santé n'obéit pas aux mêmes règles qu'en économie générale car la santé n'est pas un bien qui peut être consommé et échangé; La santé correspond plutôt à un objectif idéal mais celui-ci commence à être revendiqué dans la plupart des pays comme un droit inaliénable. Il est certain que les populations ont une demande de santé; qui augmente excessivement vite, que ce soit en pays en voie de développement ou en pays développés; La demande de santé est tout d'abord proportionnelle, à l'intensité de l'exposition aux maladies; elle est donc très forte dans les pays en voie de développement; soumis aux maladies qui s'étendent sur un mode endémo-épidémique. Les différents systèmes de financement de la santé influencent les caractéristiques de l'offre de santé; surtout au niveau des institutions privées l'intervention d'un financeur externe comme l'assurance maladie; déplace en effet l'équilibre de l'offre et la demande; en introduisant des éléments perturbateurs. Les tarifs pratiqués et remboursés sont presque toujours arbitraires; et ne représentent toujours pas les prix réels. L'existence de l'assurance maladie, induit une augmentation des quantités produites et consommées de soins; une diminution du prix payé par le consommateur et une augmentation du prix reçu par le producteur; tous ces différents intérêts convergent; vers une tendance générale à la surproduction et la sur

¹²⁶ Il est à préciser que : « le budget qui n'est pas totalement consommé ou partiellement, durant un exercice comptable ne donne pas lieu l'année suivante; à réduction des crédits demandés, ni même à leur reconduction mais à leur augmentation » Prof. F.Z.Oufriha « Une analyse économique du système de soins en Algérie ». Chap.3-P.223-OPU1992-

¹²⁷ Diagnoses Related Groups (DRG) ou équivalent (GHM) groupes homogènes de malades piloté par le Programme de médicalisation du système d'information, mis au point par le prof.Fetter de l'université de Yales (USA)..

consommation des soins ; la société aura à préserver donc ses finances en instaurant une réglementation . Or celle ci doit être révisée régulièrement ; en se durcissant et constitue la source de nombreux conflits et mécontentement chez les professionnels. Des pressions s'exercent alors sur les tarifs et des dépassements inexorables sont constatés à tous les niveaux. Au delà des objectifs quantitatifs les actions qui restent à mener concernant notamment l'adoption de la structure de qualification aux besoins exprimés . En même temps un effort de recrutement et de formation des personnels de gestion et de maintenance se voit indispensable pour assurer une meilleure rentabilisation des établissements de santé. Etant donné l'ampleur des nouveaux programmes engagés notamment durant le premier plan quinquennal les résultats dégagés à partir de ces seuils à l'égard de référence sont devenus minimes ce qui conduit à la fixation de programmes très légers ne comportant comme infrastructures que 21 polyclinique , 24 centres de santé , maternités les crédits de paiements furent évalués à 8 milliards de dinars . Nous pouvons conclure que ; les nouvelles orientations en faveur du développement du secteur à travers le programme décidé en 1984¹²⁸ ; n'ayant pas abouti à des changements qualitatifs, dans le domaine de l'attribution des soins . Ceci est prouvé ; par l'augmentation remarquable du nombre des malades ; transférés vers les établissements étrangers. Aussi l'extension rapide du secteur privé ; durant cette période certifie la réorientation de la demande des soins vers ce secteur. Les progrès réalisés en matière de santé quoique différemment appréciés ne doivent pas être occultés : un taux de mortalité infantile estimé à 49% en 2004 contre 80% en 1984 ; une espérance de vie qui est passée de 67.8 ans en 1990 à 75 ans en 2004 , un accès aux soins considérablement élargi : multiplication des infrastructures (13 CHU , 46 EHS, 189 secteurs sanitaires), avec un total de 70000 lits d'hospitalisation (1 lit pour 485 habitants) , une augmentation du personnel de santé (plus de 36000 praticiens : Soit un ratio de 01 médecin pour 1000 habitants .¹²⁹ Les réformes et mesures de redressement, doivent s'articuler autour de deux questions « la définition d'une politique de santé, et les éléments d'une politique de gestion ».¹³⁰ Cette politique permettra de répondre aux questions suivantes :

Quel niveau de santé veut-on atteindre; Quel serait le niveau de ressources que la communauté doit mobiliser et qui serait en rapport avec le niveau de développement du pays ; Quel mode d'organisation doit-on adopter pour la solidarité nationale ; Quel devrait être le mode de financement du système de santé Algérien. Depuis l'année 2002, les pouvoirs publics ont amorcé un avant projet ayant pour objectif ; la mise en place d'un système informatisé de « comptabilité de gestion hospitalière » ; peut-on doré et déjà se prononcer sur les résultats attendus ; alors même que l'expérimentation ne concerne actuellement que quelques structures considérées comme échantillon « d'établissements pilotes ».¹³¹

¹²⁸ Plan quinquennal -1985-1989-rapport général ministère de la santé).

¹²⁹ Rapports statistiques :Ministère de la Santé ,De la population et de la réforme hospitalière -2006-

¹³⁰ Prof.Abdelhak Saihi :Article publié dans « Gestions hospitalières » :Le système de santé publique en Algérie-2006.

¹³¹ Au niveau central une direction du suivi des opérations fût mise en place et qui a pour rôle essentiel de préparer les mécanismes du système de contractualisation qui mettra en rapport en matière d'allocation budgétaire les partenaires économiques et sociaux (sécurité sociale, entreprises, ménages) et les institutions publiques sous contrôle de l'Etat.Le projet concerne 286 structures de santé ; essentiellement (les CHU et Hôpitaux spécialisés : EHS).

PARTIE I

Les Systèmes et Politiques de Santé.

CHAPITRE II

Les Caractéristiques propres au « management » hospitalier.

I. Introduction :

Parmi les travaux précédant ceux de H. Mintzberg ¹³², certains auteurs ont représenté l'hôpital comme une organisation comprenant deux acteurs principaux, le corps médical et la direction de l'établissement, [E. Freidson 1984, J. E. Harris 1977, P. Huard 1977, D. W. Young, R. B. Saltman 1985], chaque acteur disposant de zones de responsabilités. Avec le modèle de la bureaucratie professionnelle, H. Mintzberg montre que les caractéristiques de l'hôpital concernant le mécanisme de coordination principal (la standardisation des qualifications), la partie-clé de l'organisation (le centre opérationnel), la complexité des tâches, et le processus de formation et de socialisation, permettent au corps médical de s'attribuer une place prépondérante dans le système de pouvoir au détriment de la direction. Certains auteurs considèrent que l'hôpital dans ce contexte est en fait « l'atelier du médecin ». Le pouvoir du corps médical s'exerce aussi bien dans le domaine stratégique : le choix des options marquant l'évolution à long terme de l'institution hospitalière, que dans le domaine opérationnel : le choix des modalités de fonctionnement courant. Cette situation paraît être celle de l'hôpital tel qu'il a existé jusqu'à récemment. Le champ des politiques de santé publique renferme les mesures de planification de prévention de promotion de la santé et l'éducation pour la santé. Les pouvoirs publics interviennent de différentes manières et à tout moment dans l'objectif de réduire une externalité négative et de produire une externalité positive depuis la phase de prévention à celle de la prise en charge des maladies¹³³. Les politiques de prévention provoquent des externalités négatives pour le malade et la société dans son ensemble et engendre par conséquent des coûts sociaux.

II. Les Caractéristiques propres au « management » hospitalier.

1. La conception de l'hôpital Public.

1.1. La conception de l'entreprise :

L'entreprise est considérée comme étant le lieu de rassemblement de plusieurs facteurs humains et matériels pour exercer une activité (production) ou échanger un bien ou service avec les acteurs économiques. Cette activité doit se dérouler dans un cadre organisé sur le plan financier juridique et social ; tous ces facteurs sont conditionnés par plusieurs éléments tant endogènes qu'exogènes à la communauté de l'entreprise. L'objectif de toute autre entreprise étant la mobilisation d'un ensemble de ressources aux fins de réaliser un bénéfice. Ainsi les organismes, institutions ou entreprises opèrent simultanément sur le marché sur effet de trois étapes distinctes. Le financement des opérations qui se traduit par la mobilisation des ressources nécessaires à la création et au développement de l'organisme. L'investissement qui se traduit par l'utilisation ; l'emploi des ressources conformément à la vocation et au choix économique retenus par l'organisme. Le résultat se traduisant par le constat à différents niveaux des marges engagées. La gestion financière d'une entreprise s'exprime dans un cycle où il faut obtenir des ressources financières au moindre coût pour les investir dans les actifs les mieux adaptés à l'activité afin de produire une rentabilité maximale. Le résultat ainsi produit est réintroduit dans le cycle en qualité de ressources et une partie est répartie entre les actionnaires.

1.2. L'hôpital Public en tant qu'organisation :

L'hôpital public est un établissement, qui a la personnalité juridique de droit public, et qui dépend de l'Etat et de ses administrations. Il est défini par la loi selon laquelle « l'établissement public de santé est une personne morale de droit public, dotée de l'autonomie administrative et financière, son

¹³²Mintzberg H. (1986)-Le pouvoir dans les organisations –Paris, Les éditions d'organisations.

¹³³C.Marchand (1999)-

objet principal n'est ni commercial, ni industriel, il est établi au niveau communal, départemental ou au niveau national ». L'hôpital occupe une place spécifique dans la coordination des son rôle d'accueil des urgences ,par la disponibilité d'outils de diagnostics et de thérapeutiques performant et par la présence de compétences spécialisées .¹³⁴

L'hôpital étant considéré comme le lieu de convivialité pour les malades. Historiquement , c'est un lieu d'hébergement des pauvres des malades et des sans abris Actuellement l'hôpital est considéré comme une entreprise ou les facteurs de production se réunissent pour fournir des prestations de service .L'hôpital dispose des soins de nature et d'intensité différentes devant être prodigués aux malades. L'hôpital est considéré par ailleurs une entreprise spécifique dont la production doit être définie au même titre que d'autres biens et services mis sur le marché. -La situation financière de l'hôpital est très différente de l'entreprise « Covin et Coyaud » précisent que l'hôpital est doté de la personnalité, morale et financière ;le cycle d'exploitation consiste en des moyens ou ressources garanties mais rationnées L'hôpital se présente en qualité d'offreur contrairement à l'entreprise économique qui est prise dans le marché par le jeu de l'offre et de la demande dictée par le mécanisme des prix. L'hôpital public présent les caractéristiques classiques d'une entreprise publique il est doté de la personnalité morale et d'une autonomie de gestion. Les caractéristiques d'un hôpital peuvent être décrites en quatre points :¹³⁵ -L'hôpital est un établissement ouvert en permanence et assure une continuité dans ses activités. ; L'acte de prestation de soins n'est pas discriminatoire. ; Le lieu de convergence de haute technologie et de science ; assure les activités de soins ;de formation et de recherche . La mission principale de l'hôpital consiste à accueillir les individus, à soigner les personnes nécessitent les soins.

1.3. Le statut juridique de l'établissement hospitalier:¹³⁶

- Les attributions des gestionnaires : Les différentes attributions des gestionnaires publics sont inspirées du code la fonction publique Française et datent de l'après guerre(1948) ; cependant des modifications furent apportées depuis 1963 , pour ce qui concerne la législation Algérienne.

1.1-L'ordonnateur de l'établissement : En qualité de premier responsable de la gestion de l'hôpital son rôle étant d'assurer la sécurité du malade pendant son séjour à l'hôpital à la conduite générale de l'hôpital et à la discipline intérieure. Le directeur conserve et administre le patrimoine de l'établissement ; assure la garde des archives relevant de l'activité hospitalière, et exerce les fonctions d'ordonnateur , en passant les marchés conventionnellement aux statuts des établissements publics. Le directeur de l'établissement doit veiller ; à l'exécution des décisions du conseil d'administration et du conseil scientifique en cas de difficultés dans l'exécution de ses tâches il doit en informer la tutelle dans les meilleurs délais.

- Le chargé des services économiques : Placé sous la tutelle du directeur des moyens matériels ; exerce sa fonction sous contrôle de l'ordonnateur ; il est chargé de veiller à la bonne gestion des magasins relevant de ses prérogatives, aux prestations hôtelières notamment.

- le gestionnaire des moyens matériels : Chargé de gérer les ateliers techniques, supervise la mise en marche des équipements et machines d'exploitation ; assure entre autre la maintenance des équipements d'exploitation et médicaux.

¹³⁴ En tant qu'organisation ,il s'articule avec son environnement ,développe des liens privilégiés formels (contrats et conventions) ou informels avec d'autres structures des soins ou avec des professionnels de santé extérieurs .Il met en œuvre en interne ,un ensemble de coordinations verticales et horizontales . E.Rusch,2001.

¹³⁵ Larbi Lamri « le système de santé Algérie» 1986.

¹³⁶ -Conformément à l'arrêté interministériel du 26/11/1998 (République Algérienne) . Texte de référence définissant l'organisation hiérarchique et structurelle des établissements de santé publique Algériens.

- le responsable des produits pharmaceutiques et de l'instrumentation : Est chargé de gérer les stocks de médicaments et assure la gestion de l'instrumentation. On entend par stocks de médicaments les médicaments proprement dits les solutés, consommables, réactifs. La gestion de la pharmacie est contrôlée par une commission formée du pharmacien chef, de quelques médecins spécialistes et des chefs de laboratoires.

- Le directeur du budget et du contrôle : Il est chargé de gérer le budget et représente sur le plan financier l'administration de l'ordonnateur .Il élabore et propose les masses budgétaires établit le compte administratif (sous mandatement du directeur de l'établissement) ; Il est à préciser que le compte de gestion étant établi par le receveur représente la puissance publique et le compte administratif devant être consolidé par le gestionnaire de l'établissement.

- la structure chargée du calcul et du contrôle des coûts : Cette structure mise en place récemment dans le cadre de la réforme¹³⁷ introduisant de nouvelles règles de gestion ; ainsi qu'en prévision de l'introduction du système de la contractualisation ¹³⁸se voit dotée d'une architecture comptable permettant de calculer les différents coûts élaborés par service et d'un système de comptabilité analytique permettant de mesurer les dépenses , basé sur la méthode des sections homogènes .¹³⁹

- Le chargé des activités médicales et paramédicales : La structure dont il est responsable est chargée de veiller a la bonne marche des activités cliniques hospitalières et paramédicales entre autres. 1.8-l'administration des ressources humaines: cette structure englobe la gestion administrative et financière (traitements et salaires et carrières) des différents personnels de l'institution. 1.9-Le receveur: « Le garant des fonds publics » : Il représente l'agent comptable de l'Etat, est placé sous tutelle du ministère des finances est responsable du maniement des fonds ; gère les Recettes et effectue les paiements opérés et ordonnancés par le directeur de l'établissement . doit tenir des registres comptables réglementaires. Il opère des contrôles à postériori et à priori de la dépense.

2. L'organisation hiérarchique et structurelle.

2.1. Les organes consultatifs de l'établissement :

- Le conseil d'administration : C'est l'organe représentant l'institution suprême de gestion de l'établissement. Il est composé de plusieurs éléments (au nombre de douze) ; les représentants de la puissance publique ;les représentants sociaux ainsi que les représentants de l'institution hospitalière. Le conseil d'administration est chargé entre autre d'étudier ; les programmes à exécuter (courts et longs termes) ; le projet de budget-les prévisions budgétaires les comptes administratifs les projets d'investissements Les contrats et marchés ; Le règlement intérieur de l'établissement ; Le règlement intérieur de l'établissement ; Le projet du tableau des effectifs de personnels à recruter. Il est à noter

¹³⁷ Concernant l'Algérie ; La période 1993-2000 a été marquée par un « processus d'adaptation à l'évolution socio-économique du pays » la stratégie mondiale de « la santé pour tous » de l'organisation mondiale de la santé OMS se trouve confrontée à des difficultés de financement des systèmes de soins .Donc la nécessité s'impose de l'allocation des fonds des établissements de santé sur des critères de coûts et de résultats .

¹³⁸ Le mot contrat puise son origine dans le mot latin « contractus »qui signifie engagement de personnes .Selon le code civil Français, il est défini comme un accord de volonté destiné à produire de effets de droit ,et plus particulièrement des obligations .(J.Carbonnier ;Tome 4-1985).

¹³⁹ La mise en place du système de calcul des coûts par l'utilisation de la méthode des sections homogènes concerne l'ensemble des établissements à partir de l'année 2002 :CHU-EHS-SS) ; La méthode fera l'objet de séminaires de formation et de sensibilisation de l'ensemble des partenaires du système de santé national ;l'objectif étant de permettre aux établissements d'établir les tableaux de bord pour la maîtrise des coûts ;la connaissance des coûts servira en l'occurrence à la prévision ,à la négociation ainsi que comme moyen de contrôle de l'allocation budgétaire.

que le conseil d'administration se réunit deux fois par an ;les délibérations du conseil sont soumises à approbation au ministère de tutelle et exécutables dès acceptation.

▪ Le conseil scientifique : Le conseil scientifique regroupe en son sein tous les chefs de services cliniques ;il est chargé de veiller à l'exécution des programmes de santé de l'établissement il assiste le conseil de direction en matière de formalisation des besoins en équipements de santé et autres infrastructures sanitaires Assiste à la conception des programmes scientifiques et de formation des personnels médical et paramédical ,Le conseil scientifique se réunit une fois tous les deux mois .

▪ La commission consultative : La commission consultative étant un organe suppléant chargé d'aider le directeur de l'établissement dans l'exécution des tâches et décisions prises par le conseil scientifique La commission consultative se réunit une fois par mois. Un réseau de contraintes sévères pèsent sur l'hôpital ces contraintes peuvent se résumer notamment par : Le statut de l'établissement public qui a un caractère administratif impliquant un type d'organisation rigoureux défini par la loi c'est ainsi que l'exécutif représenté par le directeur le conseil d'administration où paraissent tous les membres élus ceux du personnel et les représentants de la tutelle ;les organes consultatifs dont le principal est la commission médicale consultative. Le statut de la fonction publique précise la nomination et la notation des dirigeants de tutelle ; aussi l'approbation des budgets et des prix de journées. Ainsi les contraintes du service public sont définies par le fait que l'hôpital public doit être : Ouvert à tout individu et assure la permanence des soins. L'hôpital, accueille les urgences quelque soit le degré d'occupation des services. L'existence d'une planification hospitalière représente un autre aspect des contraintes au niveau de sa mise en place ou de son extension pour l'hôpital. La nécessité de voir inscrite au plan toute opération d'investissement pour pouvoir bénéficier d'une subvention des pouvoirs publics et d'une aide des organismes de sécurité sociale rend pratiquement impossible toute initiative tentée hors de ce circuit administratif Ainsi l'hôpital public voit-il son autonomie fortement restreinte tant pour sa mise en place ou son extension que pour son fonctionnement courant puisqu'il ne peut ni recruter ni licencier librement ses dirigeants ses médecins, ni librement arrêter son budget et établir ses prix, ni discriminer sa clientèle. En consultant le budget consolidé de l'ensemble des établissements hospitaliers on peut observer que les frais de personnels se situent entre 60 et 65% de l'ensemble de dépenses globales. Les consommations intermédiaires (matières consommables et services extérieurs) représentent environ 30% des dépenses de fonctionnement. La prédominance des personnels dans les facteurs de production incite à relever certaines appréciations.-La diversité des spécialisations va en croissance (Ingénieurs biomédicaux Informaticiens); Les statuts sont hétérogènes, les autorités compétentes sont différentes (administration et médecins -Médicaux et paramédicaux...) ce qui rend particulièrement complexe la gestion des personnels. -La hiérarchie au sein de l'hôpital est mal définie : Le personnel infirmier dépend à la fois des médecins et des administrateurs. -La diversité des formations, des spécialisations et des statuts y créé une difficulté évidente de communication et de participation.

2.2. L'organisation structurelle des services administratifs, médicaux et techniques :

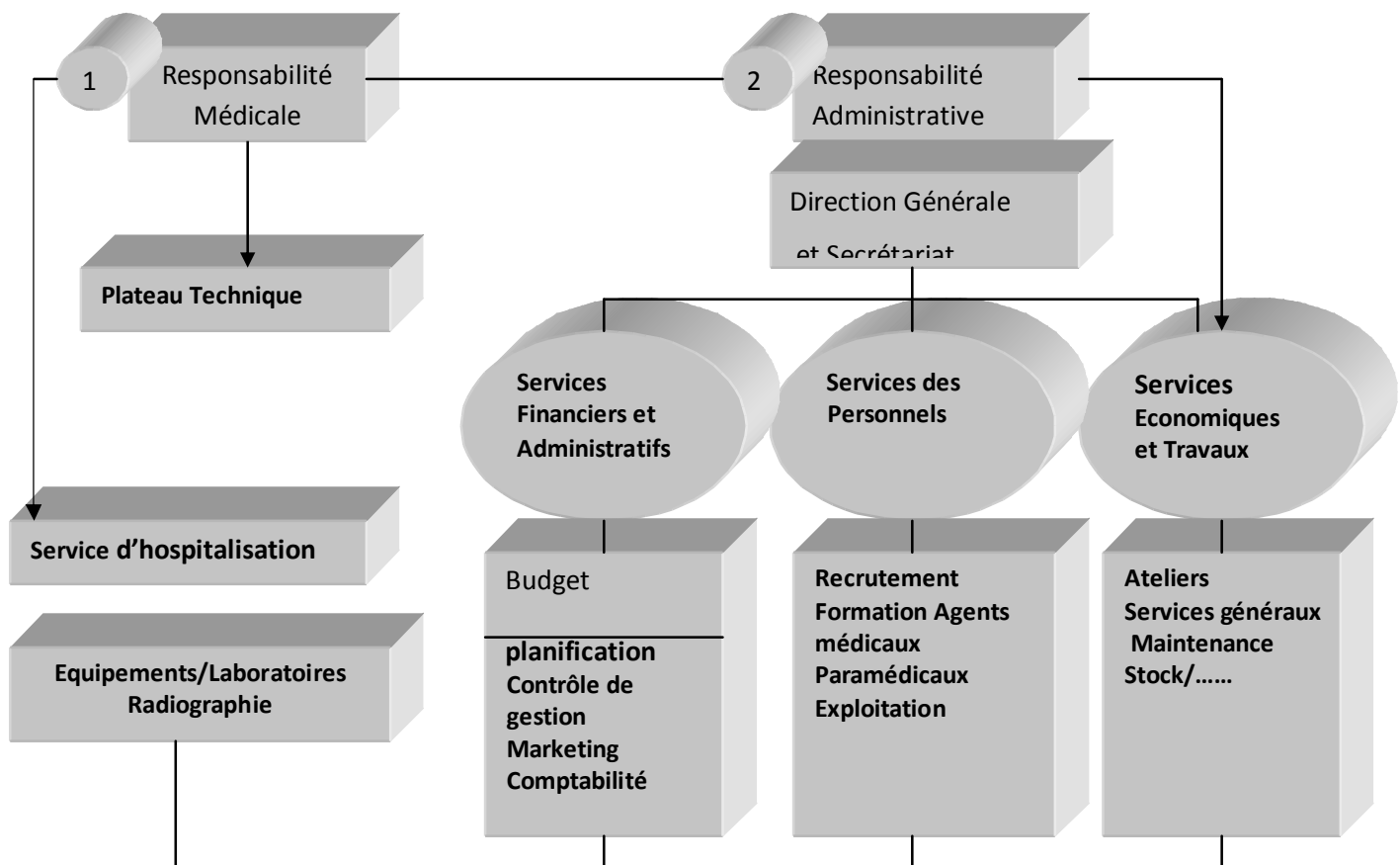


Figure.3 : Relation des services administratifs et autres structures¹⁴⁰

L'organisation interne d'une structure hospitalière peut être schématiquement définie selon que le démontre l'organigramme cité en référence :

L'organigramme qui vient d'être décrit exprime que les auteurs qualifient de « structure organisationnelle » qui doit être considérée comme un préexistant à l'ensemble des relations complexes de l'organisation. Et dans le cas de l'hôpital, elle s'identifie à celle de la structure administrative et hiérarchique.

On peut distinguer celle de « système d'organisation » qui précise l'ordonnement hiérarchique en définissant les modes de coordination ; et d'arbitrage entre les activités, c'est-à-dire l'ensemble des relations du système. Un hôpital, unité de production des services de haute technicité, évoluant dans le temps, doit être dirigé. Il ne suit nullement de l'administrer comme on le ferait d'un service de l'Etat ayant vocation d'appliquer des règlements pour qu'il puisse satisfaire les besoins de soins auxquels il est confronté. Pour que l'hôpital remplisse son rôle, un dispositif de direction dynamique et efficace est nécessaire ; à la fois pour exprimer cette volonté ; et organiser sa mise en oeuvre. Un bon dispositif de direction assurant ; la réalisation des stratégies et politiques définies par le conseil d'administration. Pour que le dispositif de direction soit efficace, il doit répondre à deux caractéristiques majeures :

¹⁴⁰ Conception inspirée des statuts de l'organisation structurelle et hiérarchique de l'hôpital « standard ». Cf. Arrêté du 26/11/1998 ; s'agissant des structures de santé nationales.

- Il doit permettre l'accomplissement des principales fonctions nécessaire à la vie de l'organisation ; dans les conditions les plus simples et les plus directes possibles.

- Il doit permettre à un petit nombre de personnes, devant constituer une équipe de direction d'être en charge de responsabilités clairement définies et délimitées. L'objectif principal et la fonction prédominante de l'hôpital est constitué par les soins ; qu'il doit délivrer à tous ceux dont ; leur état de santé en nécessite une prise en charge . Le corps médical qui s'exprime collectivement ; par la voie du conseil médical, assisté du personnel paramédical est chargé de l'accomplissement de cette fonction principale. Pour cela, l'institution doit en premier lieu être dirigée, c'est-à-dire conduite en en vue de la meilleure satisfaction de l'objectif principal. Cette fonction de direction comprend celles :

- d'études, de planification et de programmation, d'animation et de coordination, de responsabilité, en face du conseil d'administration qui couvre ; celle de proposer des politiques, des orientations, des programmes d'action , celle d'organiser l'exécution des décisions prises ; celle d'évaluer les résultats obtenus au regard des moyens obtenus et des objectifs visés ; celle de rendre compte et de proposer des améliorations pour que puissent être créés les conditions nécessaires à un bon accomplissement de la fonction (soins nous relevons par ailleurs que quatre autres fonctions importantes doivent être remplies ; d'assurer les moyens financiers et administratifs nécessaires à l'institution ; de lui fournir les moyens humains ; de l'approvisionner en biens de consommation et nourriture ; de mettre en place les équipements d'infrastructure et d'assurer leur maintenance. Toutes ces activités peuvent s'ordonner ; dans le cadre de six fonctions, au service de la principale de : l'unicité des décision au niveau des grandes fonctions ; responsabilité sectorielle bien délimitée-subdivision possible de chacune d'elles en responsabilités subordonnées ; assez nombreuses pour permettre un travail coordonné correctement au niveau de groupes assez restreints ; possibilité de créer au fait de la hiérarchie, une équipe de direction pluridisciplinaire suffisamment restreinte pour pouvoir être efficace, et dont chaque membre situerait bien ses responsabilités respectives.

- L'administration centrale : disposant de quelques services fonctionnels d'études et de secrétariat, comprenant des cellules de prévisions et de planification, de programmation et de statistiques. -les finances et le contrôle des coûts : qui est responsable des finances, de la comptabilité, des relations avec les clients ; de la gestion générale y compris la circulation de l'information et de la vulgarisation des méthodes de gestion, de l'informatique. La gestion des personnels : concernée par la gestion administrative des différentes catégories de personnels, de l'embauche, de la formation et du perfectionnement. -les moyens matériels : Le responsable des approvisionnements, des gestions des stocks, du traitement de la transformation, de la maintenance ou du transport des biens de consommables ou semi-durables, de la préparation des marchés publics, de la préparation des budgets spécialisés. Cette même direction aura pour tâche de programmer les investissements et les travaux de maintenance, des études techniques des installations de production et de chaleur et de fluides, des ateliers et équipes d'entretien et de réparation des infrastructures. Ce dispositif représente un « Etat Major » pluridisciplinaire ; réunissant autant de directions que de responsables, et pourra ainsi apporter au groupe une contribution spécifique.

2.3. L'organisation matérielle d'un service (clinique)

Cette organisation dépend exclusivement de la pratique du chef de service et peut donc se modifier en permanence .Le chef de service, ses assistants et surveillants médicaux partageant la responsabilité du secteur de morbidité en deux ou trois classes, regroupant les malades selon les

intérêts spécifiques (10 à 40) lits par groupe de morbidité. A l'intérieur de chaque groupe, les lits sont placés sous la responsabilité des (internes) accomplissant quotidiennement le rôle de médecins traitant en collaboration avec une équipe d'infirmiers exerçant par alternance de façon régulière et permanente. A l'intérieur de l'équipe médicale, la différenciation des rôles est souvent apparente.. Ce schéma de communication étant fondé sur la même hiérarchie que les relations pédagogiques existant entre externes, internes, assistants et chef de service clinique. L'interne pose les premiers éléments du diagnostic qui sera confirmé ensuite par l'assistant, et vérifié par le médecin chef. L'interne ainsi que l'infirmier prendront ensuite la charge thérapeutique et les prescriptions. Il est du ressort de l'équipe infirmière d'accomplir les prescriptions, sur le plan matériel, c'est-à-dire prévoir les rendez-vous pour les examens et analyses faites à l'extérieur du service, effectuer les prélèvements nécessaires, fournir les médicaments. Les contacts permanents s'organisent entre le malade le paramédical ; ce dernier fera appel au médecin, en cas de nécessité. Le surveillant médical doit assumer la centralisation de tous les dossiers administratifs et cliniques des malades, assure la gestion des approvisionnements, du petit matériel et stocks de pharmacie et lingerie. Il est, clair que l'un des objectifs primordiaux de la gestion des services cliniques est une réduction de la durée de séjour moyenne des malades. Dans l'hypothèse d'un taux d'occupation élevé et d'une rotation rapide des malades, le service se doit ,de fonctionner de manière parfaite pour la programmation des examens et des soins, il ne faut pas que la durée d'hospitalisation d'un malade soit allongée par des délais imposés pour faire effectuer un examen ou une analyse, ou pour obtenir des résultats d'investigations.

2.4. La gestion interne des services techniques :

Les services techniques doivent pouvoir s'adapter aux rythmes imposés par les services cliniques. Rentrent dans cette catégorie tous les services de l'hôpital qui participent à l'activité mais n'hébergent pas de malades ; tels les laboratoires, la pharmacie centrale, les services de radiologie. Les services Médico-techniques jouent un rôle de soutien indispensable à l'élaboration des diagnostics ainsi que le processus thérapeutique à mettre en place. Leur organisation doit dépendre de l'organisation des services cliniques. La qualité du service qu'ils offrent aide à la compréhension des besoins thérapeutiques. La centralisation des besoins par service ; et par unité de soins aide à assurer une meilleure rentabilité des équipements, limitant au maximum les pertes de temps dues aux attentes. Une gestion apurée nécessite une gestion optimale des équipements. La responsabilité du clinicien se limite à la gestion fonctionnelle de l'équipement et s'exerce par ailleurs ; sur le choix de l'éventail des examens ou analyses à fournir et les techniques à adopter sur la gestion des personnels placés sous sa tutelle, la manipulation du matériel biomédical ainsi que la supervision de l'organisation d'ensemble du service. L'activité hospitalière utilise un ensemble de produits à titre de consommation intermédiaires, pour effectuer soit des prestations de soins, soit des prestations hôtelière qui en sont le complément. L'acquisition, le stockage, dans certains cas la transformation des produits et leur distribution, doivent donc être effectuée à meilleures conditions de coût et d'efficacité ou de qualité. Les personnels et produits sont concrètement mis en œuvre dans les services médicaux, même si de nombreux aspects les concernant sont traités par les services administratifs de l'hôpital. C'est donc au niveau de ces services médicaux que la complémentarité des facteurs de production est organisée, soit pour effectuer un diagnostic, soit pour mettre en œuvre une thérapeutique aux malades en coûts de leur séjour à l'hôpital. Ainsi l'organisation du travail, la rotation des malades et l'utilisation des lits ou des équipements techniques dont dispose le service. La gestion et prise en charge des malades s'effectue tant au niveau du service médical (ou

technique) dans lequel ils se trouveront durant leur hospitalisation, qu'au niveau du service général comme le service des admissions, pour ce qui est de leur entrée et de leur sortie, ou de la facturation des actes qui leur sont dispensés. A ces deux niveaux un véritable statut, réservant la liberté et le droit à l'information ; doit être assurés aux malades, trop souvent négligé dans le fonctionnement de l'hôpital. La gestion du personnel représente l'une des tâches les plus importantes de la gestion de l'hôpital. Le personnel hospitalier peut être regroupé dans les catégories suivantes :

- Le personnel de direction et d'économat.
- Le personnel administratif d'économat et d'exécution.
- Le personnel secondaire des services médicaux.
- Le personnel des services de pharmacie, et de laboratoire.
- Le personnel des services techniques.
- Le personnel médical.

3. Les systèmes comptables et les outils d'évaluation des coûts médico-économiques.

3.1. Introduction :

L'hôpital public en qualité d'établissement « public » de santé ne s'intègre pas dans le champ d'application du plan comptable général. Il relève cependant d'une comptabilité publique nous reprenons les principes décrits dans le code de la comptabilité française très voisine du plan comptable général (français) ¹⁴¹ « la comptabilité des établissements publics de santé a pour objet la description et le contrôle des opérations ainsi que l'information des autorités chargées de la gestion ou du contrôle des établissements ; elle est organisée en vue de permettre :

- La connaissance et le contrôle des opérations budgétaires, l'appréciation de la situation du patrimoine, la connaissance des opérations réalisées avec les tiers, la détermination des résultats ; le calcul des coûts des services rendus, notamment en fonction des pathologies et du mode de prise en charge des patients, l'intégration des opérations dans la comptabilité nationale et dans les comptes et statistiques élaborés pour les besoins de l'Etat.

- En effet la comptabilité représente la première source d'information d'une institution quelle soit productrice de biens ou de services ; elle permet de constater les produits et les charges que l'institution génère au cours d'un exercice et d'en déterminer le résultat qui en découle ; elle permet entre autre de dresser à la fin de chaque exercice un état de la situation patrimoniale (bilan) et éventuellement d'en étudier l'évolution (tableau de financement).

- Dans une institution hospitalière, un système comptable est représenté par une organisation technique et administrative définie selon des normes devant permettre la collecte des informations médicales, administratives et autres et ayant pour objectif de servir comme outil de gestion et de prise de décision.

3.2. structuration de la comptabilité à l'hôpital :

Trois systèmes comptables coexistent à l'hôpital entretenant des rapports strictement définis et dont la cohérence peut être mise en évidence, sont : la comptabilité générale, la comptabilité administrative et la comptabilité analytique.

- La comptabilité générale :

Elle est tenue en partie double selon les principes de la comptabilité d'entreprise. Les nomenclatures sont codifiées selon le plan comptable général de (1947-1957, plan comptable français et algériens inspiré de ce dernier).

¹⁴¹ Code la santé publique, Décret du 29 décembre 1962-Art : R-714-3-4.

Comme toute comptabilité d'entreprise, la comptabilité générale hospitalière débouche sur la présentation de trois documents annuels : - le bilan, le compte d'exploitation générale ou (gestion), le compte de pertes et profits.

a) La comptabilité générale hospitalière possède néanmoins quelques originalités par exemple la méthode de l'inventaire intermittent le plus communément employé par les entreprises en comptabilité générale, n'est pas appliquées à l'hôpital.

Le compte d'exploitation général ou (compte de gestion) supporte la consommation de produits en stocks : $(C = Si + A - Sfi)^{142}$. Cette procédure n'est pas appliquée à l'hôpital ; les achats sont comptabilisés au bilan, au débit des comptes de stocks (classe 3) par le crédit des comptes de trésorerie ou de tiers, les consommations sont enregistrées par crédit des comptes de stocks et débit des comptes de charges de la classe 6. (Matières consommées). Les plus ou moins values de réalisations d'immobilisations ne transitent pas par le compte pertes et profits, mais sont directement enregistrées au crédit du compte différences ou réalisation d'immobilisation. (Plan comptable français).¹⁴³

b) Les pertes et profits exceptionnels ou sur exercices antérieurs (exercice clos) sont enregistrés dans des comptes distincts. les charges imputables aux exercices antérieurs ; les produits imputables aux exercices antérieurs ; ainsi que les charges des exercices antérieurs .

c) La répartition d'éléments de charges ou de produits ou de pertes et profits sur divers exercices s'opère ordinairement en comptabilité générale par l'utilisation de certains compte de pertes et profits ou des comptes de régularisation des comptes de créances (classe 4) pour les éléments négatifs (charges ou pertes) en fin d'années, sont évaluées les valeurs des mandats non encore émis qui concernent cependant l'exercice qui se termine. Ils sont comptabilisés à la (classe 6) comme s'ils avaient été mandatés, mais au bilan le crédit s'opère au compte de créances (charges à payer) conformément aux mécanismes de la régulation. Lors du mandatement effectif d'une dépense relative à l'exercice antérieur par le crédit des comptes bilans ordinaires. Au cas où le mandatement avait été prévu par le crédit du compte (charges à payer) ce compte est débité du mandat prévisionnel par annulation par le crédit (Mandats annulés), ou atteint par la déchéance.

d) Pour les éléments positifs (Profits Produits) les sommes considérés sont comptabilisées à l'exercice suivant au compte (Produits sur exercices antérieures).

e) Les comptes de la classe une : Quelques particularités sont à noter différenciant, le plan comptable général du plan comptable hospitalier. Au capital des entreprises correspondent les comptes fonds de dotations (subventions revus à la création et à l'acquisition des immobilisations). Aux réserves des entreprises correspondant, (Réserves de trésorerie) et excédent affectés à l'équipement hospitalier. En comptabilité d'entreprise on nomme situation nette la différence entre les actifs nets et les dettes selon l'identité $(S = A + D)$. S : désignent la situation nette. A : désignent l'actif ; $(A - D)$: exprime la valeur des immobilisations (Immeuble, stocks, créances) pour les éléments positifs, dettes à long terme et à court terme pour les éléments négatifs. Les comptes de l'hôpital apportent, le même type d'informations sauf que leur ventilation diffère selon la nature du compte considéré. Le plan comptable général : « exposé de quelques comptes ».

¹⁴² Stocks initiaux + Achats – Stocks Finaux = Quantités consommées.

¹⁴³ Le système comptable hospitalier national obéit aux règles de la comptabilité publique seulement ; tandis que le système de gestion Français appliquant les mêmes règles (comptabilité administrative) mais aussi la comptabilité de gestion .ART-R6-145-7-Code de la comptabilité analytique hospitalière : (Le directeur est tenu d'élaborer des situation aux fins d'en déterminer les résultats analytiques de l'institution en fin d'exercice).

- La comptabilité administrative :

L'émission des titres et recettes ou des mandats nécessite la tenue d'une comptabilité en partie simple par les services administratifs et sous la responsabilité de l'ordonnateur. Un double enregistrement est opéré et permet entre autre de déterminer à chaque instant le montant des sommes encore disponibles au titre de chaque article.

Le budget étant un document provisionnel exprimant la valorisation monétaire de l'entreprise. Le budget étant divisé en deux sections distinctes.

-La section d'exploitation.

-La section d'investissement.

Ces deux sections enregistrent la valorisation prévisionnelle des mouvements, débits, crédits des comptes des classes comptables considérés selon le plan comptable général (français) ; Les classes 1, 2, 3 pour la section des investissements, 6, 7,8 ; pour la section d'exploitation.

- Le système comptable hospitalier : Le budget de l'Hôpital étant défini comme « l'acte par lequel sont prévu » et autorisés les recettes et les dépenses d'un établissement (hôpital ou autre). le budget ou état de prévisions des recettes et des dépenses annuelles est élaboré, proposé arrêté et exécuté conformément aux lois, règlement et instruction en vigueur. Il ressort de cette définition que le budget présente deux caractéristiques ; c'est à fois un acte de prévision et un acte d'autorisation bien qu'il soit soumis à certaine disposition spéciale (fixation des crédits par décret), il obéit cependant comme le budget des autres collectivités locales, aux principes généraux du droit budgétaire.

3.3. les prévisions budgétaires :

Dans le but d'une évaluation, correcte des besoins à exprimer l'ordonnateur , doit tenir compte , de certaines éléments d'appréciation qui doivent refléter , d'une part , autant la sincérité des crédits nécessaires et suffisants au fonctionnement normal de l'établissement , et d'autre part éclairer les décideurs afin de déterminer les besoins lors de l'examen du projet de budget .-Les Documents et instruments d'élaboration du budget : L'état prévisionnel de dépenses : représentant un document unique comprenant 40 feuillets annexés . devant être adressé à l'issue du premier trimestre , par la direction du budget et du contrôle du ministre de la santé devant être retourné dans un délai de moins d'un mois les éléments recueillis devront servir pour finaliser les besoins de l'exercice suivant. De part sa contexture, chacun de ces états permet d'apprécier la justesse des estimations et évaluations des crédits faites par la direction de l'établissement le document de prévision de dépenses est constitué des états ci- après.

- la situation de trésorerie : Cet état fait ressortir la situation la suivante, le traitement versé au dernier mois de l'année en cours, le personnel à recruter, les crédits se rattachement aux états d'avancement et de titularisation (pour ce qui concerne le titre un), Les crédits nés des situations de nomination aux poste supérieurs et des promotions au choix. les quatre états renseignent cependant sur les crédits nécessaires aux dépenses de personnels effectifs budgétaire et réels par corps , situation administrative , montant des crédits demandés , prévisions de recrutements avec date d'effet , structures des caisses de sécurité sociale rattachées , titularisation et avancements susceptibles d'être prononcés avec incidence et dépenses .-la rémunération des étudiants et stagiaires ; les charges personnel en formation-charges sociales ; la dépense d'alimentation (prix de journée alimentaire) ; l'acquisition et entretien du matériel et mobilier pédagogique ; les frais divers-rémunération, bourses et indemnités versées aux résidents médecins, internes et externes .

▪ les causes de difficultés de trésorerie : Les enquêtes ont déterminé le plus souvent les difficultés de trésorerie des établissements hospitaliers. Le coefficient de trésorerie (rapport des disponibilités au passif échu et à court terme) et dans une moindre mesure le coefficient de fonds de roulement (rapport des valeurs réalisables et disponibles au passif échu et exigible à court terme) se révèlent le plus souvent très faibles. Les moyens utilisés pour parer aux difficultés de trésorerie : Le plafond réglementaire défini par la réglementation concernant le fonds de roulement n'est jamais atteint dans la pratique. Il convient de faire passer à travers les conventions la pratique des avances que doivent verser les débiteurs avant règlement définitif de la facture. Les moyens de trésorerie fournis par les débiteurs des établissements se trouvent complétés par des moyens propres essentiellement constitués par une réserve de trésorerie (dénommée fonds de roulement) qui peut être obtenue par la majoration des prix des journées soit par l'emprunt soit par l'affectation dans la limite du tiers de l'excédent de recettes du pénultième exercice.¹⁴⁴

-les dépenses de médicaments et autres produits : la répartition des crédits est faite conformément aux dispositions de la note ministérielle n° 788 du 20 mars 1984 définissant les pourcentages accordés à chaque chapitre et à chaque article les crédits (étaient) versés à l'entreprise pharmaceutique des hôpitaux (avant l'autonomie) Directement par le ministère l'établissement, régularisait le paiement par des mandats « pour ordre ». Le titre cinq : dépenses d'action spécifique de prévention ces dépenses sont prises en charge les instances décentralisées de wilaya (D.D.S) : direction départementale de la santé pour les secteurs sanitaires et (CHU) pour les programmes de lutte à caractère préventifs. Le titre six : Les dépenses de matériel et outillage médicaux les crédits sont répartis en fonction d'une liste, prévisionnelle des besoins en matériel et outillage médicaux la priorité d'acquisition est fixée par le conseil scientifique et le conseil d'administration (organe récent dans les structures hôpital universitaire).

3.4. le compte de gestion matière.

La comptabilité de l'ordonnateur en s'inspirant des communes de la comptabilité publique ne pose apparemment pas de difficulté quand à la confection de compte devant être rendu à fin de l'exercice. L'ordonnateur des opérations prévues et autorisées préalablement par le budget. Cependant l'administration d'un établissement ne se résume pas seulement à la comptabilité de l'ordonnateur à celle-ci est annexée la comptabilité matière qui, par la variété et le nombre de sa composante de l'éventuelle d'appréciation de certains produits qui rendent par contre du receveur (comptable public) et de l'ordonnateur (gestionnaire de l'établissement) sont clairement définies par la réglementation, leur gestion étant sanctionnée respectivement par un compte de gestion et par le compte administratif justiciable de la cour des comptes.¹⁴⁵

La comptabilité de gestion matière est en partie simple le monde consiste à n'employer pour la description de chaque opération qu'un seul compte ou l'opération est inscrite en recette ou en dépense ce compte est rendu par gestion, c'est à dire qu'il comprend les opérations comprises du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année son exploitation consiste à reprendre : les quantités des matières et articles stockées au premier janvier de l'exercice en cours.

¹⁴⁴Remarque : par le biais de cette section nous faisons montre du diagnostic qui a été établi dans la gestion des structures de santé Françaises ; en application des règles et procédures comptables. La comparaison ne peut être établie avec la gestion de l'hôpital public national étant donné l'absence d'un système de gestion basé sur l'évaluation des activités ; la gestion des comptes est effectuée non par l'établissement mais par le comptable public .

¹⁴⁵ Il est à noter que la complexité des opérations préconisée par le seul texte de base de 1901, ont limité le champ d'action des gestionnaires (ordonnateur et économiste) au simple suivi des livres « journal et annexes ».

- Les quantités entrées pendant l'année.
- Les quantités sorties pendant l'année.
- Les quantités restantes au dernier jour de l'année.
- Les montants en valeur des différentes quantités. Il a été suggéré par contre, certaines actions devant refléter au mieux la gestion matière, il est donc indispensable de substituer à la comptabilité présente une comptabilité qui s'inspirerait du plan comptable national. La méthode des écritures en partie double consisterait alors à employer pour la description de chaque opération deux comptes dont l'un est débité, l'autre est crédité il est nécessaire donc de mettre en application les techniques propres à la comptabilité générale et reprendre les documents essentiels: le journal général. Le grand livre. Le livre auxiliaire.

-Le journal général: Reprise systématiquement de toutes les opérations de débits et de crédits au fur et à mesure qu'elles aient lieu, à l'issue de l'extinction de l'exercice financier, la confection de la balance reproduira les différents soldes débits et crédits.

-Le grand livre : Cependant, présente les comptes du livre journal repris cependant par article d'imputation budgétaire.

-Les livres auxiliaires : Le gestionnaires « économe » peut dans la mesure du possible des livres auxiliaires relatifs à certains stocks particuliers tels (stocks de pharmacies) pour permettre l'établissement du compte gestion matière l'économe arrête en fin d'année la balance schématisée comme suit :

- La valeur des stocks au dernier jour de l'année précédente.
- Les totaux des débits.
- La valeur des crédits.
- La valeur des débits.
- La valeur des stocks existants à reprendre.
- États des restants au 31 /12 de l'année écoulé.
- Les états des réceptions.
- Les états des reformes ou destruction.
- Les états de redressement des écritures.
- Les délibérations du compte de gestion.

Le compte de gestion doit faire partie intégrante du compte administratif il doit être soumis au même contrôle et à la même vérification faute de sa production régulière, le compte administratif ne serait pas en état d'examen.

3.5. le compte administratif.

Le contrôle de l'établissement porte aussi bien sur les actes du comptable que ceux de l'ordonnateur. Le compte administratif qu'il est tenu de produire ;à la fin de l'exercice tant à l'intention de l'autorité de tutelle qu'à celle de la cour des comptes ;a pour objet outre le développement de l'exécution du budget de dégager les résultats , de faire le point des opérations en cours et enfin de permettre à l'autorité ;à travers ces éléments d'information de juger de l'action entreprise.La procédure normale d'exécution des dépenses et des recettes se fonde ; sur le principe de la séparation des fonctions ; de l'ordonnateur et du comptable ; il revient à dire que le compte administratif ne doit pas être conçu par simple transcription du compte de gestion ;mais l'ordonnateur doit l'établir d'après sa propre comptabilité. Cependant la procédure qui prévaut actuellement, ne facilite guère la séparation de pouvoirs ; dans sa forme qui serait à même de situer les responsabilités.

Le système de la comptabilité administrative devrait être amélioré pour permettre l'instauration du plan comptable de gestion¹⁴⁶. Bien que le budget de l'établissement soit établi pour une année, les opérations qu'il autorise, sont exécutées pendant un exercice qui se limite au 28 février ; il convient donc pour plus de commodité de prolonger la période d'exécution. En effet il arrive fréquemment soit par suite du nombre de formalité à remplir (pour les encaissements et paiements) soit des difficultés éprouvées par les comptables en fin d'année ; les opérations ne peuvent être apurées qu'après vérification ; c'est à dire au commencement de l'année suivante .C'est pour ces motifs ;qu'au douze mois de l'année budgétaire ;il doit être ajouté trois mois supplémentaires pour permettre d'achever le recouvrement des produits ainsi que ;la liquidation de l'ordonnancement et le paiement des dépenses ; les délais doivent s'entendre pendant la seconde année ;jusqu'au 15 mars de chaque exercice budgétaire pour l'ordonnancement ; jusqu'au 31 mars de chaque exercice budgétaire pour les recouvrements. Ce faisant la rédaction du compte administratif consisterait à copier textuellement les crédits et prévisions accordés ; au vu du budget primitif, corrigé par le budget supplémentaire et éventuellement augmenté par des autorisation spéciales ; en tenant compte de l'exploitation des éléments avant permis l'exécution des différents phases d'opération ;cette procédure pour être concrète ;nécessite absolument la réforme de la contexture du compte administratif de même que celle des budgets. Enfin ; est mis en évidence ; le compte résultat ; excédent ou éventuellement déficit l'excédent dégagé ainsi à l'exercice clos ;sera à reprendre sur le budget supplémentaire suivant pour être valablement affecté à de nouvelles dépenses, notamment imprévues .Le compte administratif enfin établi et définitivement arrêté ;permettra à l'autorité de tutelle de juger l'activité de l'établissement ,Il est impératif de scindée le budget en section.¹⁴⁷

La comptabilité administrative¹⁴⁸ est l'exécution et le suivi des opérations relatives à l'engagement, la liquidation et le mandatement des dépenses du budget, en constatant le rapprochement des droits de prévisions budgétaires..Les différents registres tenus par l'ordonnateur s'énumèrent comme suit: - un journal des titres de recettes ; un journal des mandats délivrés ; un livre d'enregistrements des recettes par l'exercice et par article du budget des recettes (recette classées). Un livre d'enregistrement par exercice et par article des écritures d'engagement des dépenses (dépenses classées).

3.6. la comptabilité matière :¹⁴⁹

La réglementation oblige la tenue de la comptabilité matière dans les établissements ;des structures de santé. Cette dernière est placée sous l'autorité du responsable des services économique qui tient et suit plusieurs registres et documents dans le but de l'enregistrement des opérations d'entrés et sorties de tout objet ; et le classement des titres servant à confectionner le document de synthèse « compte de gestion matière ».

¹⁴⁶ Les objectifs de la réforme ;(intégration de la comptabilité hospitalière dans les hôpitaux publics-MSP-2002)-

¹⁴⁷ Les principes fondamentaux de la comptabilité publique sont évoqués par le décret n° 65. 259 du 14 octobre 1958 (J.O. République Française) qui traitent des obligations des comptables et des ordonnateurs. Les mêmes principes sont repris dans le code de la comptabilité publique Algérien (1990) auxquels sont soumis les établissements publics de santé s'agissant des règles d'ordonnancement, de liquidation et de paiement.

¹⁴⁸ Les documents des opérations de la comptabilité administrative tenus par l'ordonnateur sont fixé par les articles 61 et 62 du règlement du 9 décembre 1899 et par l'article 50 du règlement type annexé à la circulaire du 1^{er} février 1944 ainsi que par l'instruction N° 144 du 09 juin 1951.

¹⁴⁹ Remarque : les stocks hospitaliers (établissements nationaux) sont gérés selon la méthode traditionnelle, ne tenant pas compte de l'évaluation financière, les programmes de gestion opérationnels à ce jour (2010) s'occupent de la gestion physique et matérielle des produits et consommables (Epipharm :pour les produits pharmaceutiques).

- La comptabilité des stocks :

La comptabilité des stocks est tenue au niveau des différents magasins de l'établissement hospitalier, elle est établie sous une organisation des magasins tout le détail des articles en géant des bons d'entrées et des bons de sorties permettant l'enregistrement de tous les mouvements. Elle est réalisée ; pour des périodes étudiées mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement en moyenne: Le bordereau d'entrée ; Le bordereau de sortie ; Les fiches de stocks. Ce qui permet, pendant toute l'année de manière continue de connaître les existants en quantité ; et en valeur de l'hôpital .L'enregistrement des mouvements de sorties et d'entrées se fait dans les livres et dans les fiches.

- le grand livre ou journal général des stocks :

Il est constitué d'un fichier avec une fiche par article stocké cette fiche présente le numéro de compte budgétaire, l'évolution mensuelle du prix d'achat unitaire moyen..

- le journal des stocks :

Le journal des stocks reprend chronologiquement les entrées et les sorties en quantité et en valeur de tous les articles de l'établissement .Concernant les documents périodiques ; la balance des stocks, elle est en principe établie mensuellement ou trimestriellement elle comprend, La valeur des stocks au dernier jour du mois précédent ; reprend La valeur des entrées du mois considéré ; Le total des matières stockées, ainsi que La valeur des stocks au dernier jour du mois considéré.

- la comptabilité d'inventaire :

La comptabilité d'inventaire de l'établissement hospitalier permet le suivi des immobilisations, de tout le matériel et des équipements et outillages et les équipements médicaux de l'organisme, elle assure le suivi du registre d'inventaire et la tenue des fiches d'inventaire par article et par service. Les renseignements organisés par cette comptabilité sont énumérés comme suit : la date d'acquisition ; La dénomination « fournisseur », Le prix d'achat de l'objet, Le mode d'acquisition et le taux d'amortissement pratiqué.

4. La comptabilité des malades.¹⁵⁰

4.1. Le Fonctionnement des services médicaux et la comptabilité des malades :

La comptabilité des malades est une comptabilité tenue par le bureau des admissions ;elle présente les informations concernant les malades en tenant les registres suivants : Le registre journal, Le registre matricule, Le registre « mouvement de la population », Le registre «récapitulation », Le répertoire, Le registre état civil, Le registre des « coefficients ».

La collecte des données est effectuée ;à partir du bulletin d'admission des malades et la fiche navette la comptabilité des malades permet, de servir les statistiques des malades par : Le nombre entrants, évacués, sortants, décédés ,nouveau nés, Les admissions par spécialité de service, par sexe, et par âge, La date d'entrée et sortie des malades, Le nombre de journées d'hospitalisation réalisées, La morbidité hospitalière ,et les causes de décès ; l'activité des services médicaux (durée moyenne de séjour, taux d'occupation des lits par service). Depuis l'indépendance du pays, les hôpitaux algériens se basaient, sur des méthodes de calcul arrêtées par les textes de la comptabilité française du 30 janvier 1958 définissant le mode de perception et modalités de calcul du prix de journée. Depuis l'avènement du système de gratuité des soins, les gestionnaires des établissements publics se

¹⁵⁰ 1-Guide méthodologique : production de résumés de sorties du PMSI (programme médicalisé).Ministère de la Santé Français –Direction des journaux officiels –Bulletin of. Fascicule :94-6-1994.

2-Echelle nationale des coûts relatifs par groupes homogènes de malades : Ministère de la santé Français –Bulletin officiel N°96/7.Bis 1997.-Pour l'Algérie : Guide de mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers nationaux.MSP- Février 2010-.

sont désengager de la dite méthode ;avec notamment négligence en matière de calcul du coût d'hospitalisation ainsi que l'absence d'évaluation des actes médicaux.

4.2. les prévisions budgétaires dans le système comptable hospitalier :

Le budget est élaboré par le directeur de l'établissement conformément aux dispositions de décret N°81/242 de septembre 1981 ; astreignant les prévisions ;au respect de la nomenclature budgétaire et de documents de base énumérée ci dessous:

▪ Les dépenses de personnel sont configurées dans les documents suivants : L'état des effectifs des personnels par corps est arrêté au 31 décembre de l'année antérieure ; l'état de titularisation et les avancements pouvant survenir en cours d'exercice- l'état prévisionnel des recrutements. Pour Les dépenses de formation : L'état des effectifs réels des résidents, Les charges relevant de la prise en charge des internes, externes, et des élèves paramédicaux en formation en année ; un état des besoins de fonctionnement (fournitures, équipement entretien, et alimentation). Les dépenses d'alimentation ; les dépenses d'alimentation ; les dépenses de médicaments ; consommables et équipements ¹⁵¹faites sur analyse des dépenses de l'année antérieure et des programmes spécifique en matière de santé publique. Les dépenses de matériel et outillage médicaux : Les crédits sont répartis en fonction d'une liste prévisionnelle des besoins en matériel et outillages médicaux ; dont les priorités d'acquisition sont fixées par le conseil d'administration sur proposition de conseil scientifique de l'établissement. Les dépenses d'entretien des infrastructures sanitaires: Les crédits sont justifiés sur un état prévisionnel des réfections et réaménagement dont les priorités sont établies par le conseil d'administration sur proposition de conseil scientifique élargi aux chefs de services cliniques. Concernant les autres dépenses de fonctionnement: Les crédits sont alloués au vu des états des dépenses antérieures pour chaque chapitre et article ; celles ci sont majorées selon les nécessités (équipements des nouveaux services, renouvellements, affectation, inflation...)-Les œuvres sociales: En règle générale, les besoins se traduisent par des dépenses ; qui sont couvertes par de recettes ou les ressources propres des établissements. Ainsi, le non concordance des recettes et des dépenses pose le problème de trésorerie. Il fût suggéré¹⁵² ; - l'élaboration d'un budget primitif au mois de novembre pour l'année qui soit calculé sur la base des crédits alloués pour l'exercice antérieur, et d'un budget définitif au mois de juin de l'année considérée ; la mise en application du plan comptable national adopté aux structures de la santé, ce qui laisse supposer inévitablement ; la révision de la nomenclature budgétaire , avec conservation du principe de l'autonomie financière ; L'octroi d'avances mensuelles, au lieu d'avances trimestrielles. L'uniformisation du principe comptable à toutes les structures de santé ; La nécessité de comptabiliser la durée et les valeurs ; des biens meubles et immeubles et prévoir leur remplacement, ce qui rend obligatoire ; le recours au système d'amortissement qui est totalement ignoré dans les comptes. A cet effet il convient de prévoir les crédits nécessaires à la section de fonctionnement et les prévisions de recettes correspondantes à la section d'investissements ; l'établissement d'un barème limitant les durées et les taux d'amortissements de chaque matière, devrait faciliter l'évaluation du patrimoine.

¹⁵¹ Les dépenses de médicaments et autres produits : La répartition des crédits est faite conformément aux disposition de la note N°788 du 20 mars définissant les pourcentages accordés à chaque chapitre des crédits réservés aux médicaments ; sont versés directement par le ministère de la santé (ancienne pratique) l'établissement régularise le paiement par des mandats . Actuellement(2010) ; les hôpitaux ont plus d'autonomie pour l'acquisition des moyens et subissent moins de contraintes administratives avec l'assouplissement des règles d'approvisionnements et le code des marchés.

¹⁵² Avec l'avènement de la circulaire n° 13 / 02 / 85, portant protection et promotion de la santé .

▪ La régie des recettes¹⁵³ est alimentée par les opérations suivantes : Le paiement des médicaments dans certains cas ; La participation pour certaines catégories de patients au 20% du montant des frais d'examen cliniques-Produits intérieurs : l'opération de vente de produits fabriqués ou récoltés dans l'établissement, des produits de matériels et objets réformés ; les Dépôts de sûretés ou dépôt d'espèces ; Les Dépôts d'objets précieux (rarement utilisés) déposés par les malades.

▪ Les frais d'hospitalisation des patients étrangers sont comptabilisés de manière forfaitaire ; il y a lieu de définir le prix de journée *conformément aux* conventions internationales ; Les produits de la régie s'apparentent à des recettes imprévues puisqu'elles viennent se greffer *au* budget en sus des prévisions réparties par le ministre de tutelle, il serait juste dans ce cadre précis, de permettre au conseil d'administration de décider de leur affectation budgétaire (Le principe de la spécialisation budgétaire) .Dans toutes recettes qu'ils effectuent ; les régisseurs auront à dresser des états de recettes revêtus obligatoirement du visa de l'ordonnateur pour contrôle et portant indication et décompte des produits des parties versantes et du montant des sommes encaissées .Le régisseur ne peut prévoir que les droits énumérés dans la délibération.

▪ Le Fonctionnement des Services Médico-techniques :

La structure actuelle de l'organisation de l'hôpital permet d'assurer à cette institution une certaine stabilité en consacrant un relatif équilibre entre les influences de l'administration et du corps médical, entre la nécessité d'une rationalisation de l'emploi des moyens de plus en plus coûteux qui sont engagés pour les prestations de soins, et l'exigence d'indépendance dans une activité diagnostique et thérapeutique ,du corps médical. Cette exigence peut se satisfaire d'une organisation fondée sur la répartition de l'hôpital en services d'hospitalisation placés sous la responsabilité d'un praticien chef de service. De plus cette structure autorise une spécialisation par partition ;ou création de services. La volonté de rationalisation économique de l'administration,est compatible avec la mise en commun de l'infrastructure médicale, hôtelière et administrative. Les moyens en personnels, en produits et matériels sont collectés par les services administratifs et fournis, soit après une première transformation de nature médicale aux services médico-techniques ou hôteliers ou aux services généraux sur la demande de ces derniers. Les services d'hospitalisation constituent la cellule de base de l'organisation hospitalière ; ils sont formés de moyens thérapeutiques situés dans un même lieu .Les malades dont l'hospitalisation a été décidée, y reçoivent l'ensemble des soins que leur état nécessite, dans la mesure où ils relèvent de l'hospitalisation. Les services médico-techniques regroupent les moyens nécessaires à certaines prestations de caractère médical qui impliquent une spécialisation des personnels et des matériels .L'hôpital comprend ainsi un certain nombre de laboratoires de services ; de radiologie de services ; d'exploration fonctionnels et de blocs opératoires. Les services généraux assurent d'une part, les biens et services destinés à la prestation hôtelière (cuisine, lingerie) d'autre part l'entretien, le chauffage, de l'ensemble de l'établissement. Les services administratifs assurent l'unité de cet ensemble, malgré la diversité des centres de responsabilité ; l'administration de l'hôpital perçoit les moyens financiers et se procurent les moyens humains et matériels, dont ont besoins les services cliniques, techniques et généraux . Les moyens prépondérants sont recrutés et gérés par les services des personnels. Les services des

¹⁵³les régies de recettes : L'opération de régie de recettes communes à l'ensemble des établissements résultant de l'application conjointe du décret N° 74 .02 du 16 / O 1 174 relative à l'organisation de la médecine gratuite dans les établissements hospitaliers et la circulaire N° 212 / MSP / du 06/05/74 .

approvisionnements et les services des travaux procurent des moyens matériels nécessaires à l'activité. C'est en général de la direction de ces services que dépendent aussi les moyens généraux.

4.3. L'élaboration du diagnostic et la mise en œuvre de la thérapeutique :

C'est la conjonction de ces deux termes qui constituent l'acte médical. Mais cette division présente un caractère intellectuel et purement médical. Dans la réalité hospitalière, l'acte médical est plus scindé en deux temps, la décision et l'exécution qui ne coïncident pas véritablement avec la première division (puisque dans le temps de la décision est incluse, la prescription de la thérapeutique mais reflétant la séparation ; du rôle médical (la décision) et du rôle de l'infirmier (l'exécution)). L'organisation matérielle du service dépend exclusivement de la pratique du chef de service et peut donc se modifier, en fonction de celle-ci mais on retrouve à peu près partout le même type d'organisation. Le chef de service, ses assistants ; se répartissent souvent la responsabilité des « secteurs de morbidité » regroupant les malades selon les intérêts spécifiques de chacun. Ces secteurs représentent en moyenne (6 à 40 lits) selon les spécialités. Pour chacun de ces secteurs ; il est souhaitable ; d'avoir un surveillant général chef, son rôle est presque totalement administratif. A l'intérieur de chaque service ; les lits sont placés sous la responsabilité des internes qui accomplissent des fonctions quotidiennes de médecins traitants ; avec une équipe d'infirmiers, ceci permet un meilleur suivi des malades et d'en assurer la permanence. A l'intérieur de l'équipe médicale, la différenciation des rôles est souvent très forte. Les zones de compétences correspondent à des zones d'action et de prescription, elles sont fondées sur la même hiérarchie que les relations pédagogiques existants entre externes et internes, assistants et maîtres assistants. L'interne pose les premiers éléments du diagnostic, qui sera confirmé ensuite par le médecin chef de service. Les contacts permanents s'organisent donc entre le malade et le corps paramédical. L'infirmier n'a pas uniquement le rôle de simple exécutant mais qualifié pour la surveillance aussi médicale. La gestion des personnels et matériels appartient au rôle traditionnel du surveillant médical, assurer la pérennité du service médical, organise les rotations ; les remplacements, les liaisons entre les équipes de jour de garde de nuit, le planning et l'affectation des tâches, s'occupe des visiteurs et des relations avec les services administratifs de la direction générale. La gestion des entrées et sorties des malades du service :

Dans la dynamique nouvelle des hôpitaux vers la rentabilisation des moyens ; les services cherchent à programmer leurs entrées et sorties ; pour atteindre les objectifs qui leur sont propres : assurer un taux d'occupation maximal, obtenir un rythme de rotation rapide raccourcir la durée de séjour. Pour cela il est nécessaire ; de connaître les différentes modalités que peuvent suivre les hospitalisés : Les deux cheminements pour entrer à l'hôpital sont traditionnellement ; l'urgence ou le service de porte. L'urgence représente, comme son nom l'indique, le cas d'entrée de force majeure qu'il faut orienter sans délai dans le service concerné de l'hôpital, ou un établissement de spécialité. Le service de porte accueille tous les malades qui s'adressent à l'hôpital d'eux mêmes ou qui sont orientés par les médecins de leurs localités. Dans ce cas précis ; ils prennent un rendez-vous d'hospitalisation ou de consultation ; selon le degré d'urgence de la pathologie. Les consultations externes sont aussi à l'origine d'hospitalisations ; dont le délai peut être différé dans le temps. En fonction de ces différents modes d'entrée, le service s'il veut planifier son occupation, doit adopter des stratégies différentes ; pour parfaire son recrutement : les services de médecine et de chirurgie qui sont astreints à recevoir des urgences, et doivent par conséquent réserver des lits vacants. En effet, les services cherchent de plus en plus à acquérir une certaine autonomie vis à vis de leur recrutement et donc à se décharger en matière de contraintes liées aux urgences ; ou aux services de porte. Dans

cette optique ;il vaut mieux viser un fort taux d'occupation des lits du service qu'une forte rotation des malades. « Dans l'hypothèse d'un taux d'occupation élevé et d'une rotation rapide des malades, le service se doit de fonctionner de manière parfaite ; pour la programmation des examens et des soins. Il ne faut pas que la durée d'hospitalisation d'un malade soit allongée par des délais imposés pour faire effectuer un examen ou des analyses, ou pour obtenir des résultats d'investigations .Les services techniques doivent pouvoir s'adapter aux rythmes imposés par les services cliniques ». ¹⁵⁴

- Les services Médico-techniques :

Rentrent dans cette catégorie tous les services de l'hôpital qui participent à l'activité mais n'hébergent pas les malades, tels par exemple, l'ensemble des laboratoires , la pharmacie centrale, les services de radiologie etc. Souvent le problème s'est posé de savoir ; s'il est plus rentable pour l'hôpital de regrouper les fonctions exercées par ces services en services centraux, ou les disséminer selon les besoins à l'intérieur des services cliniques. Les services médico-techniques ; jouent le rôle d'aide à l'élaboration du diagnostic, puis souvent de contrôle des thérapeutiques mises en place. Leur organisation interne doit donc répondre à l'organisation des services cliniques. Deux critères fondamentaux permettent de juger de la qualité du service qu'ils offrent aux cliniciens: La fiabilité et la rapidité. Si le premier est un critère interne au service qui ne dépend que de lui même, le second découle directement de la conformité aux besoins thérapeutiques, et la rapidité va résulter de l'organisation propre à ce service.

- 5. La collecte et l'évaluation des données médicales et économiques dans un système d'information intégré :¹⁵⁵

- 5.1. La gestion des malades :

De façon générale la gestion des malades, se confond et se limite à la gestion d'un dossier administratif, aboutissant au recouvrement des frais de séjour. Pourtant il semble qu'une véritable gestion des malades devrait inclure une prise en charge des besoins des malades, même autres que strictement thérapeutiques ou hôteliers, et tenir comptes problèmes organisationnels qui en découlent ou de la mise en place de systèmes intégrés de collectes et de traitement de l'information; beaucoup plus nombreuses et variées que celle imposées par une réglementation lourde et souvent confuse. L'ensemble des données ainsi collectées pourrait alors permettre une connaissance de la morbidité hospitalière dont l'intérêt et le besoin se ressentent; tant pour la recherche médicale que pour la mise en place de politiques sanitaires nationales. Nous pouvons donc définir à la suite de certains spécialistes une véritable gestion des malades comme : non plus seulement l'ensemble des tâches de collecte de l'information et de son traitement mais aussi toutes les actions pratiques permettant ; L'accès des malades à l'établissement et de leur sortie, dans les meilleures conditions possibles .La constitution pour chaque malade, d'un dossier administratif complet et accessible ; Le suivi des malades dans leurs différents services d'hospitalisation et après leur hospitalisation primaire ; La relation avec les débiteurs: Malades ou organismes tiers payeurs et par la suite le recouvrement des frais de traitement. Les liaisons avec le service d'Etat civil. L'enregistrement des déclarations relatives aux autopsies et prélèvements. L'information des visiteurs. Le bien être des malades. A partir de l'ensemble de ces données on pourrait alors mettre à la disposition des

¹⁵⁴ .(Ref. Pierre Ferry et S.Karsenty `pratiques médicales et systèmes hospitaliers1974).

¹⁵⁵ le modèle de traitement des données intégré (PMSI) ; constitue progrès dans la connaissance de la production hospitalière. La saisie d'informations médicalisées à travers le système de codification arrêté pour déterminer les pathologies traitées et les actes réalisés, constitue un complément significatif aux données administratives. L'application du système de groupage permet de résumer l'extrême variété des cas traités en produisant des « GHM » et des unités d'œuvres spécifiques à chaque type d'activité permettant d'évaluer leur poids économique ».

différents centres de responsabilité, des statistiques d'activités extrêmement complètes. Le circuit du malade peut comprendre les étapes suivantes : L'admission; Le séjour et les actes thérapeutiques subis, La sortie ; la facturation ; le recouvrement des frais.

Le service d'admission : Nommé communément le bureau des entrées, ou bureau des mouvements selon le vocabulaire hospitalier utilisé. C'est le service qui assure la gestion des malades. en règle générale, ses attributions sont similaires dans tout les établissements, sauf en ce qui concerne les opérations de facturation, dans de grands hôpitaux celle ci est rattachée aux services financiers.

a- Le bureau des entrées : chargé de la collecte des informations saisies dans les services de soins ou les services médico-techniques. L'enregistrement du mouvement des malades à l'intérieur de l'établissement entrées, sorties, transferts, consultations externes ; La collecte des actes médicaux pratiqués sur chaque malade, tant en ce qui concerne la radiologie la biologie, la chirurgie) ; La reconnaissance des débiteurs et leur prise de contact, facturation et recouvrement des frais médicaux ; Les déclarations et renseignements divers concernant les malades; information du public et visiteurs.

b- La gestion des malades dans un système non intégré : - Lorsqu'un, malade se présente à l'hôpital pour y être admis, il doit s'il est conscient accomplir les formalités d'admission le dossier comportera ; Le billet de salle (numéro d'immatriculation qui indiquera tout les renseignements le concernant). - L'indication des organismes appelés à prendre en charge les frais d'hospitalisation (le malade lui même, la sécurité sociale, le mode de paiement).

2- Les statistiques globales de mouvement : A partir de ces renseignements le service des admissions outre le registre des matricules qui est tenu à jour ayant un double but: Constituer un recouplement des dossiers d'admission et des registres matricules. Permettre la relève des activités des services d'hospitalisation selon le nombre de malades admis, Le nombre de journées, la durée moyenne de séjour; le coefficient d'occupation. Disposer en permanence ,d'une connaissance de lits disponibles.

- La collecte des actes :¹⁵⁶ Le service des admissions, en tant que pivot de la facturation et des statistiques, recenser les actes médicaux et thérapeutiques pratiqués sur les malades durant leur séjours .les informations sont contenues dans le dossier médical établi dans les services des soins. Pour les hospitalisés, le système est un peu complexe rappelons tout d'abord que les actes médicaux sont codifiés par des lettres clés: -« B »pour les actes de laboratoires- « k » pour les actes chirurgicaux- « Z » pour les actes de radiologie. A chaque acte est attaché un nombre représentant la cotation): exemple:¹⁵⁷ (L'appendicectomie est cotée K 50) leur repérage est différent selon qu'il s'agit d'actes opératoires ou autres. - La collecte des actes dans les blocs opératoires est faite au moyen de la fiche individuelle ou fiche navette. - La collecte des actes est effectuée par le biais des bons d'examen, de couleurs diversifiées correspondant au type d'examen. Une fois l'examen effectué le service exécutant renvoie au service demandeur les résultats sur feuillets et indique sur le talon la cotation de l'acte, en fonction de la nomenclature en vigueur. La sortie, la facturation et le recouvrement des frais de séjour l'hospitalisé est interrogé sur les débiteurs qui doivent prendre en

¹⁵⁶ Le système d'information médicalisé permet d'obtenir quatre types d'information pour chaque séjour effectué par un patient dans un hôpital : 1-le diagnostic codé selon nomenclature de la codification internationale à l'admission du patient 2-les moyens mobilisés au cours du séjour par le patient 3-la nature de l'acte chirurgical (s'il ya lieu) 4-la durée de séjour .

¹⁵⁷ La classification des actes et procédures : la CIM-10 ; la CPT4--l'ICD-9- et autres... « La classification des actes et procédures varie d'un pays à un autre en raison de la multiplicité des systèmes de remboursement et /ou d'évaluation des ressources mises en œuvre »- Réf . « L'informatique médicale ;chap ;14-P.Degoulet et M.Fieschi –Ed.Masson-1996 ».

charge les frais de *séjour* le service des admissions doit prendre contact avec les tiers payants (assurances, mutuelle, action médicale). Cela permet au gestionnaire d'établir les titres de recette Dès lors que les informations sur le malade ne sont pas correctes une action de contentieux étant entamée.

-La somme totale portée sur le titre de recette comprend : D'une part de la multiplication du prix de journée par le temps passé dans chaque type de service ; d'autre part la facturation des honoraires médicaux correspondant aux actes pratiqués. De façon générale ; les caisses de sécurité sociale percevront 80% ainsi des sommes calculées (système du tiers payant), le ticket modérateur à la charge du malade étant de 20%, cependant dans bien des cas c'est la mutuelle qui en assure les frais. La prise en charge par la sécurité sociale s'élève à 100% dans certains cas tels : l'obstétrique certaines maladies relevant des pathologies infectieuses et certains actes opératoires dépassant un (K 50)¹⁵⁸. Pour ce qui concerne les consultations externes, le paiement de la consultation ou ticket modérateur est souvent effectué par le patient dès sa sortie en cas d'admission ; il peut l'être aussi après émission d'un avis des sommes à payer.

5.2. La gestion des malades par un système informatisé:¹⁵⁹

- Les programmes Gamma et Sigma : Mis au point par l'assistance publique de Paris a été implanté après amélioration dans pratiquement tous les hôpitaux de France. Ce système a pour but d'alléger les tâches administratives des différentes catégories de personnels paramédicaux médicaux, administratifs, et techniques. Par ailleurs le système permet d'effectuer les différentes statistiques d'activités cliniques, économiques et financières. Ainsi Sigma ; réalise une bonne intégration du traitement des informations puisque par exemple l'évènement entrée sera l'occasion de:

- La création d'un dossier (fichier) ; D'un point de la statistique journalière. –d'un dossier de prise en charge ; et de la facturation ultérieure.

- Le M.I.S :(La médical information system)- et le (PMSI)¹⁶⁰ programme de médicalisation du système d'information).Le (MIS) fonctionne dans un hôpital aux Etats Unis: Toutes les informations concernant les malades sont traitées en temps réel, expérimentation étant faite dans certains hôpitaux de France En Algérie, le système est opérationnel pour certains services dans les hôpitaux de la capital. Les Centres hospitaliers-Universitaires en Algérie ; sont dotés de programmes et logiciels répondant au système de gestion « non intégrée » ; une réforme du système est en cours, avec l'implantation progressive du Projet « 3COH »¹⁶¹, à partir de 2010.

- La mesure des effets de l'activité hospitalière :¹⁶²

¹⁵⁸ Le (K)= coefficient d'évaluation (unité de mesure) du poids médico-économique des actes et prestations de chirurgie. Il est calculé en divisant le volume global des charges consommées par la structure' « Bloc opératoire/Chirurgie » sur le nombre de K réalisé ; Chaque acte opératoire est ainsi mesuré en nombre de (K) et en K'Are'.les unités d'œuvre sont extraites, à partir d'un traitement standardisé et un classement des actes en groupe de séjours :(GHS).

¹⁵⁹ Il existe pratiquement plusieurs systèmes informatisés, nous citerons deux systèmes anciens datant des années 80 (l'un Américain, l'autre Français).Il en existe d'autres plus modernes : GRAPH ; GEMCO ; PACHA ; BAZIS ; DIOGENE-.

¹⁶⁰ Le système (PMSI) est développé à partir des années 80 ; il représente un outil de description et de mesure de l'activité médicale hospitalière (Coca1998, Enge et Al. 2000).

¹⁶¹ -Logiciel de comptabilité de gestion financière ; comptable et analytique ; visant à prendre en charge de façon intégrée ; la gestion du système d'information comptable des établissements hospitaliers.

¹⁶² Quelques indicateurs tiennent compte des résultats, en termes de santé Du passage à l'hôpital. ; se pose alors le problème de la mesure et de la comparaison de l'état de santé, avant et parés l'intervention hospitalière ainsi que par type de patients .Se pose du moment de comparaison ; actuellement l'évaluation est centrée sur l'évaluation de l'activité par type de malades . D'où la tarification en fonction des groupes homogènes de malades.

Les indicateurs de l'état de santé : Certains chercheurs ont essayé de construire des échelles d'état de santé normalisées. La comparaison des positions à l'entrée et à la sortie de l'hôpital mesurerait l'efficacité hospitalière. Ainsi ; on pourrait donc mesurer l'activité d'un service selon le transit des patients par les différentes étapes. D'autres ;¹⁶³ ont proposé d'analyser cet état selon deux dimensions: « l'intensité de la maladie et sa durée ». L'intensité résulte sur une échelle construite sur le critère de la douleur. Du point de vue pratique, le relevé de l'état de santé de chaque personne à l'entrée et à la sortie suppose des investigations supplémentaires et coûteuses. L'administration doit donc rapprocher les effets de l'activité hospitalière de façon indirecte, elle ne pourra que définir des groupes de malades tels que, à l'intérieur de chaque groupe, l'effet de l'hospitalisation est présumé semblable d'un malade à l'autre. C'est à l'intérieur de chaque groupe que pourront alors être comparés ; de façon significative, les prix de revient par malade. Nous pouvons sur ces bases, analyser les statistiques d'activités utilisées. Les contraintes de la facturation ont amené les hôpitaux à évaluer leur activité ; par le nombre de journées d'hospitalisation, d'actes médicaux, d'admission et les ratios que sont la durée moyenne de séjour et le coefficient d'occupation.¹⁶⁴

▪ La journée d'hospitalisation : En tant qu'indicateur des effets produits par l'hospitalisation, le nombre de journées d'hospitalisation est basé au fait ; sur un simple critère de valorisation des coûts ; et qui fait que chaque patient ; bénéficie des mêmes prestations par rapport à un service donné et une pathologie maîtrisée, quantifiée en durée d'hospitalisation. L'admission : Le nombre d'entrées est un critère d'activité ; qui recense le nombre de bénéficiaires de la prestation hospitalière ; son sens et sa valeur sont ceux du groupe de malades qui se composent ainsi. En tant qu'indicateurs ; les effets de la prestation, le nombre des entrées, indiquent que tous les malades du groupe considéré ; ont obtenu les mêmes effets ; durant leur hospitalisation. En tant que support de calcul des prix de revient, « l'entrée » est un critère de calcul plus logique que la journée puisque fondée sur la véritable unité de prestation: « le malade ». Les calculs sont alors peut être moins simples mais les résultats plus satisfaisants.¹⁶⁵

-La durée de séjour et le coefficient d'occupation :

Représente le rapport du nombre de journées d'hospitalisation au nombre d'entrée la durée moyenne de séjour ; voit sa signification croître avec la cohérence du groupe pour lequel elle est calculée. Si pour ce groupe ; les effets de l'hospitalisation peuvent être présumés semblables; la durée du séjour indique le temps d'immobilisation nécessaire à ces effets et doit donc être minimum. Le coefficient d'occupation des lits indique ; la rationalité de l'affectation des lits ; mais ne renseigne pas sur activité proprement dite.

-Les actes médicaux: Le Victoria¹⁶⁶ :

L'activité des praticiens est mesurée pour la facturation des honoraires, par une nomenclature mise au point par les médecins de la sécurité sociale, dans chaque discipline. Les hôpitaux Européens ont tenté une expérience en élaborant un indicateur synthétique de l'activité (le victoria ; ensuite ISA, et

¹⁶³ Knaus WA. « A severity of disease classification system “ –Critical care Medicine -1985.

¹⁶⁴ -La Durée Moyenne de Séjour (DMS)= (Nombre de journées réalisées /Nombre des admissions).

-Le Taux d'occupation des lits d'hospitalisation = Nb journées /Nbre de lits x365(j).

¹⁶⁵ Les budgets hospitaliers nationaux ; sont jusqu'actuellement(2011) valorisés en fonction du prix moyen de journée global ; ainsi que d'autres indicateurs (cliniques et démographique : capacité en lits ; durée moyenne de séjour...).

¹⁶⁶ Le « Victoria » représente une (ancienne) unité de mesure en « temps- praticien » des actes opératoires considérée comme coefficient d'imputation de l'acte ou la prestation codifié en (K) opératoire.- réf: J.F.Caron : un indicateur d'activité : thèse de 3*cycle,

ICR)¹⁶⁸, en faisant la somme pondérée des actes médicaux effectués, pour un ensemble déterminé de malades. La prestation médicale, présumée dominante, devient indicatrice de la prestation hospitalière dans son ensemble. Comme mesure des effets, cet indice présume que l'effet produit est mesurable par la qualité des prestations purement médicale. Ainsi un service ayant produit un nombre de victorias double de celui d'un autre service est considéré ; avoir des effets deux fois plus importants sur la santé des malades, justifiant ainsi des coûts qui seraient doubles. - En tant que support de calcul de prix de revient de l'hospitalisation, il présente comme la journée, l'inconvénient d'ignorer le véritable bénéficiaire; le malade et d'opérer ainsi des péréquations peu justifiées. Mais la victoria présente des inconvénients spécifiques dus à son mode de calcul: À l'intérieur d'une même discipline (chirurgie par exemple) la nomenclature de la sécurité sociale présente une certaine inertie par rapport à l'évolution réelle des pratiques médicales. De plus instrument de facturation à certains malades pour des raisons erra médicales, l'agrégation des lettres clés par tarifs, fondée sur l'idée d'une équivalence entre ces tarifs et les prix du marché, qui seraient des indicateurs de satisfaction des consommateurs, n'étant pas une référence car il n'indique pas le marche. Cet indicateur même ; ferait abstraction de l'activité hospitalière autre que celle des praticiens. Aussi la victoria¹⁶⁹ est construit à partir d'éléments élaborés dans une logique de mesure des moyens, plus que d'évaluation des effets. La nomenclature distingue un K50 d'un K100, non pas parce que l'on pense qu'une opération K100 produit deux fois plus d'effets qu'une opération K50, mais parce qu'elle utilise deux fois plus de temps praticiens (en qualité et en quantité. De même les tarifs sont fondés sur des comparaisons de moyens mis en œuvre. Dès lors le « Victoria » est une sorte d'équivalent temps-praticien en terme de production . Une gestion rationnelle ne peut dès lors le considérer comme indicateur d'activité à la fois d'effet et de moyens; sous peine de n'apporter aucun élément nouveau. Le victoria ne devrait donc être utilisé qu'avec la plus grande prudence. « Les indicateurs retenus ; pour mesurer la prestation finale de l'hôpital ne paraissent pas pouvoir fonder une gestion rationnelle des moyens mis en œuvre ».¹⁷⁰

6. La comptabilité analytique rapportée à la gestion hospitalière :

Le conseil national de la comptabilité définit la comptabilité analytique comme suit : la comptabilité analytique d'exploitation est connue pour mettre en relief les éléments constitutifs de coût et des résultats qui présentent le plus d'intérêt pour la direction de l'entreprise. De par son objectif l'intérêt de la comptabilité analytique trouvera son fondement elle permet donc aux entreprise le traitement de l'information comptable pour une analyse approfondie des charges elle repère et quantifie les flux internes de l'entreprise, précise la consommation de chaque centre de responsabilité ou activité selon margarine les objectifs de la comptabilité analytique se résument comme suit: Le calcul des coûts des biens et services. - Le contrôle de gestion. - Analyse économique et prise de décision. Eu égard aux éléments suscrites, nous pouvons élargie les aboutissements de la comptabilité analytique

¹⁶⁸ Indices , mesurant le poids médico-économique des prestations de soins (publics et privés) servant de base de calcul pour les différents remboursements opérés et négociations de tarifs entre les partenaires du système de santé.

¹⁶⁹ Selon la nomenclature générale des actes praticiens Française : L'acte chirurgical et sa technicité conjugués sont représentés par les lettres C, KCet K pour faciliter la mesure d'une activité complexe on opère une conversion en transformant l'activité que représente chacune des lettres clés dans l'activité représentée par une seule lettre : le coefficient de conversion de l'activité d'une lettre clé s'obtient en faisant le rapport suivant : Le Tarif Sécurité sociale de la lettre clé considérée /Le tarif Sécurité sociale de la lettre « clé » rapporté dans : Le contrôle de gestion à l'hôpital : principes clés et outils nouveaux : Yvon Merlière et René Kieffer –Masson-1997.

¹⁷⁰ Les indicateurs traditionnels de mesure du poids économique des prestations . Cette analyse a été faite par : E .Levy ; lorsqu'il avait a analyser la réforme des méthodes d'évaluation des prestations des services de santé (en 1981) où la tarification était basée sur le prix de journée ; le victoria actuellement est dépassé par d'autres indicateurs plus performants. (GHM-GHS-CMS..).

par: - Connaître les différents coûts inhérents à l'activité (produits de biens et services). - évaluation des postes du bilan comptable. - proposition d'une base d'évaluation pour la fixation du prix de vente qui sont déterminés à partir d'une connaissance des coûts de revient. - Sert à éclaircir les choix budgétaires ; dans le domaine de: l'investissement: le coût de revient peut être retenu comme critère de choix, pour différencier entre plusieurs projets. - L'analyse des coûts permet ; de nous informer sur les niveaux d'activité susceptibles d'être retenus ; entre autre.

- La comptabilité analytique hospitalière:

-Critères exigés de la comptabilité analytique : Etant considérée comme instrument aidant à la prise de décision « actuelle et future » la comptabilité analytique doit répondre ; au contexte propre de chaque organisation de manière contenue dans le but de connaître des résultats ; aidant à planification de courte, moyenne et longue durée.

-Les démarches établies en comptabilité analytique ; le processus s'établi en trois étapes : - La première consiste à identifier les besoins de l'entreprise, ce qui entraîne à analyser les situations et objectifs poursuivis, la seconde consiste à élaborer un système spécifique adopté aux problèmes identifiés à l'aide d'outils classiques disponibles ; La troisième étape, l'analyse de l'information.

- Utilité et mise en application :

Il y a lieu de rappeler ; que l'entreprise est une organisation, qui rassemble à plusieurs facteurs humains et matériels pour production et / ou échange de marchandise ou prestation de service avec les différents agents et acteurs économiques de la société. L'activité de l'entreprise est intégrée dans un cadre juridique financier et social ,évoluant dans un espace en mouvement ; reproduisent une logique en trois temps. Le premier se traduisant par le financement nécessitant la modélisation des ressources nécessaires à la progression et au développement ; de l'unité économique. Le deuxième étant l'investissement ; qui se traduit par l'utilisation, l'emploi des ressources conformément aux choix entrepris par l'organisme. ; le troisième étant le résultat, qui se traduit par le constat à différents niveau des marges et surplus dégagés ; les actifs de l'entreprise se subdivisent en deux éléments distincts : a- actifs immobilisés (investissements); actifs circulants (opérations d'exploitation). La gestion financière partant du principe de la règle d'or de l'équilibre financier de l'entreprise, se traduit par l'effet d'obtention, des ressources financières au moindre coût ; pour les investir dans les actifs les mieux adoptés à l'activité ; afin d'en assurer la reproduction d'une rentabilité maximale... La nature de comptabilité adoptée par les est celle du plan comptable national institué par ¹⁷¹ La Numérotation des comptes : pour l'entreprise sanitaire chaque compte, groupe de comptes ou subdivision est affecté d'un numéro selon le système de la classification décimale qui permet sans compromettre l'économie du plan, d'ouvrir autant de comptes que l'exige les besoins de l'entreprise sanitaire et rien que ceux dont la tenue est nécessaires. il y a sept classe de comptes numérotés à 1, 2, 3, 4, 5, 6,7et 8 chaque classe est divisée en comptes principaux chaque compte principal en comptes divisionnaires chaque compte divisionnaire en sous compte et ainsi de suite le compte principal, désigné par 2 chiffres correspond au chapitre budgétaire. - le compte divisionnaire, désigné par 3 chiffres, correspond à l'article. - le sous compte désigner par 4 chiffres et plus correspond au sous article. Pour traduire en compte, il faut se rappeler que, partant de la

¹⁷¹L'ordonnance N° 75.35 du 29/04/1975 qui stipule en son article premier ; que le plan national étant obligatoire à compter du premier janvier 1976 ; en vue de son application dans le secteur public quelque soit la forme de l'institution. Les établissements industriels et commerciaux (les hôpitaux ne sont pas concernés) et par voie de conséquence au régime de l'imposition d'après le bénéfice réel, et qui précise que le plan comptable pourra être étendu à d'autres secteurs d'activité..

gauche, le premier chiffre indique la classe les deux premiers le compte principal, les trois premiers comptes divisionnaires, les quatre derniers chiffres spécifient le sous compte. Au sein des administrations, la comptabilité analytique est connue ; comme étant la comptabilité des coûts de revient.¹⁷²

- L'architecture du plan comptable public:

Les comptes usuels sont décrits dans la nomenclature instituée par l'Etat colonial: Nous reprenons ci-après les différentes classes de manière brève: *les fonds propres* : représentent les moyens de financements utilisés de façon durable par les entreprises. *Les investissements* : comprennent l'ensemble des biens et valeurs durables, acquis ou créés et qui représentent, le passif et l'inventaire ; les stocks comprennent l'ensemble des biens acquis ou créés par l'entreprise et qui sont destinés à être fournis ou consommée pour les besoins de l'entreprise ; *-les créances*: comprennent l'ensemble des biens acquis par l'entreprise par suite des ses relations avec des biens, et représente des restes à recouvrer, les restes à réaliser. les dettes: comprennent, l'ensemble des obligations contractée par l'entreprise par suite des ses relations des tiers et qui représente les restes à payer et les restes à établie. *-les charges* : comprennent les charges classées par nature et qui représentent , les dépenses de fonctionnement. *les produits*: comprennent les produits classés par nature et représentent les recettes de fonctionnement ; *les résultats*: cette dernière classe retrace la comptabilité dite de synthèse (comptabilité analytique d'exploitation) .Le plan comptable national devant être adapté aux secteurs d'activités particuliers ; de même qu'il prévoit la comptabilité des coûts et prix de revient ; une dernière classe est dite de synthèse retracera la comptabilité analytique d'exploitation.

7. Les Méthodes de calcul des coûts.

7.1. Les Méthodes d'analyse

- La méthode de transcription des charges dans le système de la comptabilité analytique trouve son origine dans la classification des différentes méthodes et applications du système même. Les inconvénients et avantages ; ainsi que le principe de calcul de chaque méthode reste lié, à la spécialité de l'activité de chaque institution ; ou entreprise néanmoins trois approches se présentent: l'approche classique prévisionnelle et l'approche économique.

- l'approche classique : Elle concerne deux méthodes distinctes ; la méthode du coût complet et la méthode du coût partiel. Tandis que l'approche prévisionnelle représente la méthode des coûts préétablis. Cependant deux méthodes simples traitent de la répartition des charges indirectes ; la méthode du coefficient global d'imputation (coefficient simple) et la méthode des centres de frais (avec des coefficients différenciés).

7.2. la comptabilité analytique hospitalière :¹⁷³

Elle s'appuie sur les nomenclatures de la classe 9 du plan général et comparable aux pratiques des entreprises ; elle repose sur un découpage de l'hôpital en sections autres charges et de responsabilités, au sein desquelles on distingue des sections définitives et des sections auxiliaires.

¹⁷² (Margerin et Ausset-1990) ; précisent que la méthode des sections homogènes est la technique par excellence propre à la comptabilité des coûts et soutiennent aussi que le coût de revient complet constitue la doctrine officielle de l'administration ; utilisé ainsi comme base de facturation interne et externe des flux économiques et financiers.

¹⁷³ Remarque : Les structures de santé nationales ne possédant pas leur propre plan comptable analytique et , il est clair que pour la mise en pratique d'un système de calcul des coûts informatisé ; nous devons nous imprégner d'une nomenclature comptable adéquate au programme médicalisé que nous espérons installer dans nos établissements. Les établissements publics de France ; ont du recourir à plusieurs approches dans la conception et la structuration du système d'information comptable hospitalier, la dernière mise à jour de la nomenclature date du 16/01/2007.(Instruction de codification des activités de santé).

-les sections définitives: correspondent aux unités de production de journées d'hospitalisation c'est-à-dire ; aux services d'hospitalisation qui accueillent les malades, leur nombre devrait tendre vers celui des activités médicales homogènes, mais il est limité par des contraintes d'identification des coûts de plus ; une section correspond aux malades externes, une autre l'enseignement et la recherche.

-Les sections auxiliaires: dont les activités peuvent être considérées comme des consommations intermédiaires des sections définitives ; ce sont les services de. L'administration ; Les services généraux à caractère hôtelier et technique (lingerie cuisine) et les services techniques médicaux (laboratoire d'analyse, etc.). Les honoraires médicaux et qui sont répartis soit dans la section (administration générale), soit dans les sections qui décrivent l'activité médicale à laquelle ils correspondent. – La répartition des charges relatives aux consultations « externes » sont toutefois traitées dans une section auxiliaire. On parviendrait ainsi aux prix de revient des services individualisés .La comptabilité analytique au sein d'une institution hospitalière, déjà complexe se réduit en fait à une procédure tendant ; à la détermination du coût de l'activité des services par journée d'hospitalisation ; cette détermination joue en effet un rôle prépondérant dans la procédure de fixation des tarifs.

-La deuxième méthode est plus « juste » en la comparant à la première méthode celle du coefficient simple ainsi, deux inconvénients subsistent: -l'imputation des charges directes n'étant pas effectuée selon les normes rationnelles d'affectibilité par l'exemple (Un produit qui ne dispose pas de charges directes ne peut être évalué rationnellement).

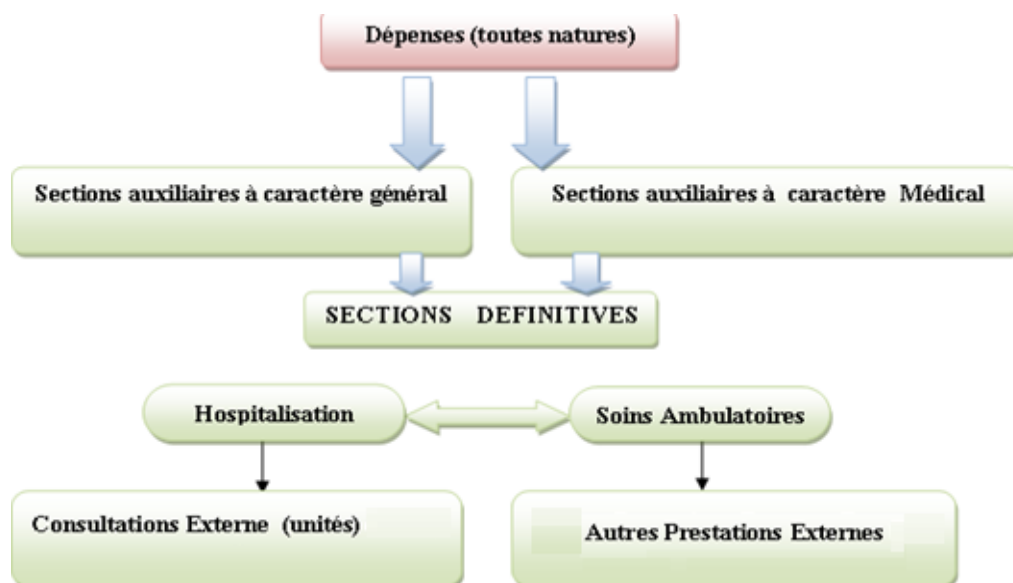


Figure.4 : Processus de Répartition des charges vers les sections et principales (modèle hospitalier)
-Mikhol de gardia-1993- (Remodelé).

7.3. La méthode des centres d'analyse :

Cette méthode nécessite un découpage de l'entreprise en unités d'analyse ou en un certain nombre de sections traditionnellement dites homogènes et appelées par la suite « méthode des centres d'analyse » voir plan comptable français. La section est dite homogène lorsque le niveau de « découpage atteint est suffisant pour définir une unité d'activité appelée unité d'œuvre qui permet de mesurer et évaluer les prestations fournies par la section destinée aux autres sections ma méthode des sections homogènes consiste à ventiler l'ensemble des charges incorporées (matières consommées, personnels services, amortissements...) en charges directes et charges indirectes. Les

charges indirectes sont affectées directement aux coûts (aux produits); elles ne sont pas déterminées par le biais de calculs intermédiaires ; elles sont décrites d'une manière définitive grâce aux factures, des bons de sorties intermédiaires de magasins, des commissions sur ventes établies par produit ; les charges indirectes sont ventilées selon leur nature ; entre les différentes sections.¹⁷⁴

▪ les principes de la méthode : cette méthode nécessite un découpage de l'entreprise, en section dites « homogènes ». Une section est dite homogène lorsque le niveau de « découpage » répond à la définition d'une unité d'activité qu'on appelle aussi « unité d'œuvre » ; dans le but de permettre l'évaluation des prestations fournies , par la section dite « principale ».

▪ L'unité d'œuvre:¹⁷⁵ représente l'élément de base dans répartition secondaire. Les charges indirectes sont affectées aux centres d'analyse, la consommation des charges est mesurée par unités d'œuvres qui permettent la répartition vers les centres « clés de répartition ». La première affectation est nommée répartition primaire ; la répartition secondaire entraîne ; l'affectation des charges auxiliaires aux charges des sections principales dont le coût devra apparaître en dernière étape .

7.4. La méthode du coût complet :

Le coût de revient complet d'un produit donné ou d'un service est représenté par successivement l'ensemble des charges ayant été incorporées depuis sa confection jusqu'au stade final de sa livraison dans le marché les coûts complets informent sur notamment : l'étude de l'évolution des paramètres du produit ; la mise en valeur des stocks ; la détermination du prix et du résultat analytique ; l'appréciation de la rentabilité de l'unité de production ainsi que la comparaison de la structure des coûts par rapport au marché.

-Les étapes de calcul du coût de revient complet : aux différents stades d'exploitation de l'entreprise commerciale, industrielle ou prestataire de service correspond trois étapes distinctes :

-Le premier niveau comprend le coût d'achat des matières à consommer ; le prix d'achat de la matière ; les frais d'achat de la matière. ; Les frais d'approvisionnement.

-Le deuxième niveau comprend le coût de production: d'un produit fabriqué comprend :- le coût d'achat des matières achetées. - les frais de production engagé. - de services considérés frais.

-Le troisième niveau comprend, le coût de distribution du produit ou de la marchandise vendue comprenant notamment : les Frais occasionnés pour la vente de produit ; et une part des frais de services de commercialisation. Nous concluons donc ; que le coût de revient d'une prestation de service (le cas d'un hôpital) étant égal à la sommation de tous les éléments constatés ; durant toutes les phases de prise en charge du patient (sujet sollicitant des soins). La méthode du coût complet ne distingue pas entre charges fixes et charges variables, par contre c'est une technique qui permet la décomposition du coût de revient par stade .Le mécanisme des centres d'analyse se résume par : La détermination des charges directes et indirectes ; l'affectation des charges directes au produits ; l'affectation primaire des charges indirectes aux centres d'analyse (ou sections) ; la répartition secondaire des charges indirectes des centres auxiliaires ; vers les centres d'analyse principaux.

¹⁷⁴ Se référer au schéma :affectation - répartition et imputation des charges dans les centres d'analyses conduisant les coûts complets. Source: (Mikhol de Guardia /slowy 1993).

¹⁷⁵ Deux systèmes d'unités d'œuvres : l'un directe qui permet de mesurer directement la quantité produite de l'unité d'analyse productrice et consommée par l'unité d'analyse (consommatrice) : le nombre de repas produits et consommés ; ,le nombre d'ICR ou Z (imagerie) prescrits-Et un système d'unités d'œuvres indirectes devant utiliser des clés de répartition adéquates à la nature de l'activité. Réf.:-Chap-Les indicateurs de coûts-P.67
Le contrôle de gestion à l'hôpital- - Yvon Merlière et René Kieffer-Ed.Masson-1997.

7.5. La méthode des coûts partiels :

Le principe des coûts partiels développe en son sein trois types de coûts : le direct costing simple ; Le direct costing évolué ; et le coût direct.

-le direct costing ou coût variable : Cette méthode explicite l'affectation du coût en fonction de la quantité produite ; le direct costing permet l'évaluation directe et simple des branches d'activité les plus rentables dans une unité complexe.

-le coût direct : le plan comptable définit le coût direct comme un coût qui est constitué par des charges qui lui sont directement affectées notamment les charges opérationnelles ; des charges de structures. La méthode de coût direct permet de calculer le total des marges sur coût direct ; qu'il convient pour couvrir l'ensemble des charges indirectes, et de favoriser la vente des produits qui laissent les marges les plus importantes. Concernant les entreprises commerciales ; cette méthode de calcul permet d'orienter les décideurs aux fins de lancer un nouveau produit (nécessairement à un prix bas car les charges indirectes communes devraient être couvertes par les marges).¹⁷⁶

-les coûts préétablis : Le procédé consiste à comptabiliser les mouvements de valeurs à l'aide de coûts calculés à l'avance et à déterminer la différence entre ; le coût préétabli et le coût réel constaté. Les coûts préétablis permettent de mettre en valeur les écarts à tous ce qui facilite les actions à entreprendre cela permet entre autre la connaissance des marges dégagée au fur à mesure que les charges sont consommées. Il existe cependant, deux types de coûts préétablis :

-les coûts prévisionnels : qui sont évalués en liaison directe ; avec le budget d'exploitation dont découlent les dites charges. -les coûts standards : qui représentent le résultat calculé à partir d'une analyse technique, d'une appellation de « coût normatifs-les coûts de revient standards de la marchandise (vendue) ou du produit fini (vendu) est égal au total du coût de production standard et du coût de distribution standard. La détermination du coût standard s'effectue à l'avance et devant signifier le prix de référence et sera qualifiée parallèlement comme coût normatif. L'écart est la traduction chiffrée de la différence entre le réel, et ce qui fut prévu antérieurement.

8. la gestion des coûts.

8.1. Les critères de gestion :

Il est à noter qu'en matière de gestion des coûts le plan comptable délimite le champ d'application de la comptabilité analytique propre aux établissements publics hospitaliers ; notamment par la mise en valeur de la nomenclature à utiliser conformément au plan comptable général qui demeure la référence de base propre à toute imputation d'ordre comptable.¹⁷⁷ L'instrument de mesure recherché pour ce qui est du cas de « l'hôpital » est traduit par la production des « soins et services complémentaires » prodigués aux malades. L'amélioration de l'état de santé du malade entre sa date d'hospitalisation ; et sa date de sortie de l'hôpital représente au fait la mesure de cette « production ». Les critères de gestion ont été établis spécifiquement pour permettre un contrôle de la gestion. L'emploi d'indicateurs synthétiques, tel que le « K opératoire » ou « la journée d'hospitalisation » permettent ; une interprétation des mécanismes mis en cause, cela suppose une analyse plus fine de l'activité médicale ne pouvant se fonder sur une analyse purement économique. Le contrôle de gestion, par la comptabilité analytique, ou par les instruments plus spécifiquement destinés à ce contrôle ; prend aussi la forme d'une tentative d'intéressement des chefs de services à la gestion, afin d'essayer de faire prendre des responsabilités économiques aux

¹⁷⁶ (Chiffre d'affaires - charges directes = marge sur coût direct - charges indirectes = résultats.).

¹⁷⁷ -La direction du budget et les services administratifs de l'Etat français ont entamé l'étude de la problématique de la détermination. Des coûts aux alentours de 1958. il en est ressorti une proposition d'une méthode se rapportant à l'utilisation de procédé des sections homogènes.

responsables techniques ; c'est dans cette optique, que s'inscrivent les tableaux de bord et les budgets de service.

8.2. Le calcul des coûts et la gestion basés sur les activités :¹⁷⁸

Issu des travaux du CAM-I¹⁷⁹, ce mode de calcul part des nécessités suivantes : Dans un contexte où il est question d'éliminer les tâches génératrices de gaspillage, il est donc possible d'identifier les causes à effets existant entre les frais « généraux » et les produits. Par conséquent, la méthode consistera à intégrer entre les centres de travail et les produits une catégorie intermédiaire représentée par « l'activité »; à calculer le coût des activités servies par les différents centres ; à analyser dans quelle proportion ; tel produit utilise une telle activité, afin d'obtenir une évaluation des coûts des produits plus fiable. La démarche du nouveau système se résume ainsi :

- Les activités consomment des ressources au niveau du processus.
- Les produits consomment des activités.

- Description de la méthode : L'activité est un ensemble de tâches de même nature accomplies en vue de permettre un ajout de valeur à l'élaboration d'un produit. Concernant la production hospitalière ; l'activité est représentée par l'ensemble des prestations entamées dans l'élaboration des schémas thérapeutiques. D'une façon plus précise, P.Lorino¹⁸⁰ la définit comme « un ensemble de tâches élémentaires : -réalisées par un individu ou un groupe, -faisant appel à un savoir spécifique, homogènes du point de vue de leur comportements de coût et de performance, permettant de fournir un output (la pièce fraisée, la qualification de fournisseur), à un client interne ou externe), à partir d'un panier d'inputs (travail, machines, informations,...)¹⁸¹.

Cette approche définit un mode de raisonnement, à partir : d'entretiens avec les différents acteurs du processus de production, permet la correction et la validation des résultats (auto-analyse). Les centres d'analyse (des coûts) sont en effet décomposés en activités élémentaires et sur la base d'une étude fine des pièces comptables, le coût de chaque centre de travail est ventilé entre les activités, en faisant en sorte que toutes les charges allouées ; soient directes par rapport aux activités et par conséquent réparties sans ambiguïté. Cette opération cependant ; est dépendante de la qualité du système d'information dont dispose l'institution. La seconde phase consistera à rechercher pour chaque activité, le facteur explicatif en rapport avec la variation de ressources consommées ; ce facteur, Appelé inducteur de coût¹⁸² servira de mesure du volume des prestations fournies. Les inducteurs de ressources correspondent aux unités d'œuvres de la comptabilité analytique traditionnelle : l'heure de main d'œuvre directe ; l'heure machine, le nombre de produits finis etc.... ; s'ajouteraient ensuite des inducteurs nouveaux comme le nombre d'ordres de fabrication, le nombre de points de soudure, le nombre de coups de presse etc.... Dans le domaine hospitalier sont considérés comme inducteurs : le degré d'efficacité d'un schéma thérapeutique (grilles d'évaluation établies selon normes standard), le niveau de complexité des soins (selon classification des maladies), le degré de performance de la technique chirurgicale utilisée. Il faut préciser que les activités retenues dans le processus d'estimation n'ont d'utilité que si l'on arrive à identifier

¹⁷⁸ Cette méthode considérée comme nouvelle englobe une partie des coûts (Activity based costing) et une partie gestion, fondée sur l'analyse des activités (Activity Based Management) :

¹⁷⁹ Le CAM-I : (Computer Aided Manufacturing-International) est un consortium de recherche dans la productique ayant élaboré un système de comptabilité analytique adapté à l'environnement des industries. Dont les principes de base sont publiés dans « Cost Management for Today's Advanced manufacturing » Harvard Business School Press, 1988.

¹⁸⁰ Philippe Lorino : Le contrôle de gestion stratégique, la gestion par les activités. Paris Dunod, 1991, p.40.

¹⁸¹ Cette définition pourrait être aussi appliquée à un centre d'analyse.

¹⁸² Inducteur de coût : (Cost Driver) : (on retrouve des inducteurs de premier niveau et ceux de deuxième niveau).

clairement leur inducteur (la cause qui fait fluctuer leur coût).¹⁸³ Lorsque l'analyse est correctement entamée, le système qui en résulterait à l'issue de ces deux premières étapes aura à respecter les propriétés suivantes : l'activité définit un savoir faire individuel ou collectif distinctement élaboré permettant de réaliser un output global, commun et unique ; les actions constituant l'activité dans son ensemble est relativement homogène afin de répondre à des lois de comportement économique : coûts et performances significatives.¹⁸⁴ L'ensemble des tâches nécessaires servant à transformer les inputs en outputs se situeraient à « l'intérieur » des limites de l'activité ; les différents acteurs du processus (personnels de l'entreprise) devront comprendre la logique du découpage opéré, se responsabiliser et se reconnaître dans les activités définies. Au terme de la deuxième phase, il apparaît généralement que plusieurs activités élémentaires appartenant à un même « process » ou à des centres de travail différents trouveraient le même facteur explicatif de consommation de ressources. En conséquence, les activités pour lesquelles les variations de ressources consommées sont engendrées, par un même inducteur seraient réunies dans des centres de regroupements.¹⁸⁵

a- les tableaux de bord : Les informations contenues le tableau de bord destiné au chef de service ; sont de nature quantitative pour la plupart et cherchent simplement à décrire le déroulement technique des soins dans deux services ; elles ne peuvent donc constituer un instrument de contrôle de la gestion, mais seulement un regard sur les méthodes médicales pratiquées dans les services. C'est en agissant sur la pratique médicale que le tableau de bord espère avoir des conséquences sur la gestion.

b- les budgets de services-¹⁸⁶ : Un autre instrument est mis en place par l'administration, et qui doit permettre, une réelle appréciation de la gestion. Le budget de service prend en compte, tous les postes de dépenses et valorise chacun de ces postes avec recours dans l'estimation à un autre service de référence en respect de « normes préétablies » calculées par référence aux résultats passés et fixées en accord avec les responsables. Le document obtenu, qui devait être suffisamment clair pour être lu par les médecins met en évidence un résultat d'exploitation qui ; traduit l'effet de l'activité du service sur l'équilibre financier de l'hôpital ; l'analyse comporte deux volets : d'une part un budget adapté *exprimant les écarts* entre les réalisations aux normes adaptées à l'activité réelle de service, considérées comme exogènes, d'autre part un (budget) comparant les réalisations aux normes calculées sur l'activité prévue du service. Le budget de service apparaît comme un véritable instrument de contrôle de gestion cependant ; un certain nombre de difficultés techniques risquent de rendre son utilisation problématique. La volonté d'obtenir des informations dans un délai assez court aboutit à l'utilisation des données assez anciennes pour établir les prévisions. La nécessité s'impose quant à l'instauration d'un processus de contrôle de gestion ; qui n'existe pas au sein de

¹⁸³ Un inducteur quantifié permet de ventiler les coûts sur les produits sans ambiguïté. dans les établissements de santé ces variables (inducteurs) peuvent être classées en quatre catégories : les inducteurs de volume (nombre de journées) par ex. Les inducteurs de capacité (nbre de lits), les inducteurs de complexité (cas traités à l'hôpital) et les inducteurs d'efficacité : la durée moyenne de séjour ; ou encore de l'état de santé du patient. (évaluation clinique).

¹⁸⁴ Par exemple dans un service hospitalier l'homologation d'un produit thérapeutique et l'adoption d'un schéma thérapeutique ne répondent pas à la même logique (économique). Elles constituent deux activités distinctes pour deux opérations qui paraissent intimement liées.

¹⁸⁵ Selon les tenants de cette méthode, les coûts ne peuvent être induits pour une entreprise que par quatre grandes familles de causes : le volume, la forme de l'organisation, la capacité de production, le produit. Pour le rattachement des coûts aux produits on utilisera la valeur ajoutée comme inducteur de capacité. Michel Gervais -P.122-Le contrôle de gestion -Economica -1991-Paris.

¹⁸⁶ - Source : Emile Lévy : la gestion hospitalière (Bordas Paris 1981).

nos hôpitaux ayant pour objet de parfaire, les méthodes de prévisions par extrapolation faisant face aux évolutions des techniques qui se développent rapidement dans le secteur de santé.

c- Le prix de journée: Le prix de journée est la résultante produite par le rapport entre le volume des charges ; et le nombre de journées d'hospitalisation prévisionnelles. L'expérience a démontré combien certaines prévisions trop optimistes déséquilibrent l'exploitation. La réduction même légère des journées d'hospitalisation ; engendre une diminution des produits hospitaliers, d'autant plus sensible que les frais généraux ne varient pas. Toutefois des lacunes en ce sens ont été enregistrées dans la mise au point de cette comptabilité ; quant au choix des unités d'œuvres retenues pour le calcul des prix de revient. Sans l'effort de minimisation des coûts nécessaires à la production des services, l'administration n'a d'autres alternatives que de s'imprégner des techniques de gestion analytiques qui lui fournit des prix de revient des activités¹⁸⁷. Or la contrainte de l'utilisation des résultats de la comptabilité analytique pour déterminer les prix de journées et son rôle d'instrument de contrôle entraîne des pratiques rendant difficile la réalisation des objectifs assignés. L'utilisation de la comptabilité analytique de gestion et du PMSI constitue à l'heure actuelle ; la démarche la plus avancée au sein des hôpitaux sur le plan universel, en tant qu'outils de pilotage des établissements. celle-ci permet en interne : de percevoir les coûts par activité et par séjour, en externe elle aide la planification de l'allocation budgétaire en tenant compte de l'activité médicale plus ou moins réelle. Par ailleurs les établissements peuvent utiliser d'autres méthodes d'analyse de coûts pour certaines activités particulières (logistique économique, et logistique médicale) telle que par exemple la méthode ABC –ABM (activity based costing –activity based management). Dans l'objectif d'une connaissance approfondie des coûts de production la méthode « ABC-ABM¹⁸⁸ » ; repose en effet sur une approche différente de celle utilisée en comptabilité analytique classique. Alors que cette dernière aboutit au calcul d'un coût moyen (coût moyen pour le service de radiologie ICR ou B pour les laboratoires) ; la méthode « ABC-ABM » renvoie au calcul du coût plus ou moins réel par acte produit. Il est certain que cette méthode vient renforcer les méthodes de calcul ; mais son degré de performance quant à sa généralisation dans les structures de santé dépendra certainement d'un système d'information fortement structuré.

9. Les règles d'identification et de calcul des Coûts et des Charges :

La procédure de détermination des coûts d'un produit ou d'une commande passe nécessairement par l'affectation des charges directes dans un premier temps, la répartition des charges indirectes au sens large entre les divers centres d'analyse dans un deuxième temps, le traitement des cessions des prestations entre centres d'analyse et la dernière étape consiste à imputer les charges des centres d'analyse aux différents coûts des produits ou des commandes. Si l'opération d'affectation des charges directes ne pose pas de problème, l'opération qui consiste à répartir les charges indirectes demeure encore problématique. Plusieurs méthodes furent alors expérimentées, la méthode des sections homogène étant la plus ancienne. Cette méthode repose sur un schéma classique de répartition des coûts entre les sections principales et auxiliaires en utilisant comme déterminant un coût moyen. Les producteurs de coûts sont représentés par les « centres d'analyse »,

¹⁸⁷ S'agissant du système de santé public Français ; la loi de juillet 1991 ; institue l'obligation de l'évaluation des activités cliniques et chirurgicales par les établissements publics et privés (évaluation des séjours : Médecine ; chirurgie –Obstétrique).- L'opération consistant à calculer les coûts de référence par GHM et la production des Indices (ISA : indice synthétique d'activité) relève des attributions de (l'ENC étude nationale des coûts) et agences.

¹⁸⁸ Le concept de la méthode ABC fût initié par R.Cooper et R.Kaplan : les premières applications sont apparues en 1980 : L'objectif essentiel était d'y remédier aux distorsions des coûts de production dans les entreprises américaines avec l'intégration de nouveaux concepts pour l'appréciation des dépenses : la méthode part de la constatation que ce ne sont pas les produits qui consomment les ressources mais les activités qui sont utilisées par les produits.

Un centre d'analyse se définit comme un compartiment d'ordre comptable dans lequel sont analysés préalablement à leur imputation aux comptes de coûts ; des produits intéressés des éléments de charges indirectes. Ces éléments de charges doivent ; pouvoir être rapportés à une unité commune dite « unité d'œuvre »¹⁸⁹, car ,au terme d'une opération d'analyse ,cette unité d'œuvre va permettre de mesurer la part de frais de chaque centre qui se rapporte effectivement à tel ou tel produit .Autrement dit un centre d'analyse est un regroupement constitué à l'intérieur d'une entreprise , de telle sorte que l'ensemble des charges indirectes qui le concernent puissent être ramené à une unité permettant de mesurer et d'imputer à chacun des produits intéressés ,la part de ces charges qui lui incombent effectivement .Le choix d'une unité d'œuvre représentative de l'activité de chaque centre suppose ; une observation attentive de cette activité et demande éventuellement une analyse de corrélation entre les variations du coût variable du centre ; et les variations de l'unité d'œuvre pressentie , l'unité d'œuvre choisie étant celle qui présente la plus forte corrélation avec les différents niveaux du coût variable.

9.1. Aspects théoriques définitions et objectifs :

La comptabilité analytique de l'hôpital peut-être mise en parallèle avec les techniques propres aux entreprises. Il faut cependant s'empresse de souligner l'existence de différences profondes liées principalement à la difficulté d'identifier les produits hospitaliers et surtout d'identifier les groupes homogènes de produits. - Le schéma d'une comptabilité analytique va normalement des charges vers les productions ; La comptabilité analytique de l'hôpital répartit les charges par sections définitives (unités ou sont dispensés les soins), ces charges sont rapportées en un indicateur d'activité, le nombre de journées d'hospitalisation. La tenue d'une telle comptabilité a pour objet essentiel de fournir aux administrations hospitalières et aux autorités de tutelle ; des renseignements dont l'intérêt et l'utilité sont indéniables. Les pouvoirs publics ont estimé nécessaire la normalisation des comptes hospitaliers et instituer une comptabilité analytique d'exploitation dans le but: -De déterminer le prix de journée ; D'apprécier les conditions de fonctionnement et de gestion des établissements. Cette comptabilité s'appuie sur les nomenclatures du plan comptable ; est comparable aux pratiques des entreprises. Elle repose sur un découpage de l'hôpital en sections; centres de charges et responsabilités au sein desquelles on distingue des sections définitives et des sections auxiliaires; que nous expliquerons progressivement. La comptabilité analytique¹⁹⁰ est tournée vers l'intérieur et rend compte des différents processus selon lesquels ; les ressources puisées » par l'entreprise sur ses différents marchés auront été transformées jusqu'a l'obtention des produits ou des services proposés à la clientèle sur les marchés ..., Alors que la comptabilité générale est la comptabilité du global, la comptabilité analytique est celle du détail. Elle permet en effet, de passer du plan de l'entreprise, considéré comme un tout aux plans particuliers des fonctions centres d'activité, produits, opérateurs ; selon les besoins de gestion. C'est ainsi que, si la comptabilité générale permet de mesurer le résultat global de l'entreprise, toutes activités et tous produits confondus, la décomposition du résultat global en résultats sectoriels (par activité, par secteur géographique, par produit) nécessite des informations, qui sont l'essence même du système comptable analytique. Les objectifs ; élucidés selon le plan comptable (1982) : connaître les coûts

¹⁸⁹ Cette caractéristique fait que , dans la présentation du plan comptable français de 1957 , les centres d'analyse sont qualifiés de sections homogènes :Le contrôle de gestion –chap.2-P.55--M. Gervais -1996-5^eédition.

¹⁹⁰ La comptabilité analytique d'exploitation étant définie selon le plan comptable français : « La comptabilité analytique ne représente pas un substitut de la comptabilité générale, elle en est un complément. Alors que la comptabilité générale enregistre les flux entre l'entreprise et ses différents partenaires extérieurs ; et prend par conséquent en compte les flux externes (c'est à dire les flux entre l'entreprise et son environnement.) ».

des différentes fonctions assurées par l'entreprise, détermination des bases d'évaluation de certains éléments du bilan de l'entreprise et analyse des résultats en calculant le coût des produits (biens et services), pour les comparer aux prix de vente correspondants. D'autre part ; établir les prévisions de charges et de produits courants (coûts préétablis et budgets d'exploitation) d'une manière générale. ; fournir les éléments nécessaires de nature à éclaircir les prises de décisions. Ces différents objectifs peuvent être regroupés selon trois axes :

- L'axe calcul des coûts (orienté vers les produits).
- L'axe contrôle de gestion, orienté vers les centres de responsabilité.
- L'axe aide à la prise de décision; un axe qui peut être dans la mesure où le management est très décentralisé et le pouvoir de décision partagé entre un grand nombre de décideurs.

9.2. L'objectif du calcul des coûts :

Cette préoccupation majeure qui correspond également au premier objectif dans l'ordre chronologique ; est celui de la détermination des coûts des différents produits proposés au marché. Dans cette optique, la comptabilité analytique est un outil de calcul, son problème consistant à ventiler entre les différents produits ; les charges courantes de la comptabilité générale (matières, services externes, frais de personnel impôts et tances, amortissements, frais financiers.) La connaissance des coûts de revient des produits est encore aujourd'hui un objectif prioritaire pour les organisations ; qui peuvent fixer leur prix de vente sur la base de leur coûts de revient ou qui sont en mesure d'obtenir des relèvements de tarif ; sur la base des coûts de revient constatés. L'orientation donnée à la comptabilité analytique constitue, d'une certaine façon, un axe décisionnel, dans la mesure où la constatation d'une variation des coûts ; permet d'agir sur les prix de vente. Certes en économie de marché, mieux vaut maîtriser les coûts et agir sur les factures contrôlables ; compte tenu du fait que les prix de vente constituent généralement ; une contrainte imposée par le marché. Si l'objectif de calcul des coûts est aujourd'hui en recul, il n'en reste pas moins présent parmi les préoccupations du responsable financier de l'entreprise dans la mesure où il permet d'évaluer certains éléments du bilan.

- a)-L'objectif « contrôle de gestion » : Le rôle (contrôle de gestion) tend à faire de la comptabilité analytique un outil de "contrôle" de maîtrise. Pour atteindre cet objectif de maîtrise des conditions internes d'exploitation ; la comptabilité analytique doit être organisée autour des centres de responsabilité ; afin de permettre : l'analyse des consommations et l'observation de leur évolution ; La distinction entre les charges liées à l'activité de l'entreprise (charges dites variables) ; et celles qui sont liées à la structure (charges dites fixes) ; Le contrôle des consommations par comparaison avec les prévisions ; L'analyse des écarts entre prévisions et réalisations.
- b)-L'objectif « aide à la prise de décision » : L'axe décisionnel qui consiste à mettre à la disposition des responsables de l'entreprise, à quelque niveau qu'ils se situent, les informations internes dont ils ont besoin ; pour prendre des décisions qui leur incombent, dans le cadre de la délégation de pouvoir qu'ils ont reçu. De ce point de vue la comptabilité analytique tend à devenir un outil de préparation des décisions, et constitue une banque d'informations ; interne à l'actif des décideurs ; aux fins de sélectionner les éléments de coûts (pertinents ou différentiels).¹⁹¹

¹⁹¹ Différentiels: en ce sens qu'il s'agit des éléments de coûts qui seront modifiés par la décision à prendre. Contrairement aux coûts comptables, traditionnels qui sont à la fois des coûts passés et moyens, les coûts pertinents sont des coûts futurs et différentiels.

- Identification des besoins de l'entreprise.
- Elaboration d'un système permettant de cerner des besoins identifiés.
- Prévision des procédés mis en place.

9.3. La typologie des charges et des coûts :

-La théorie comptable draine trois approches qui présentent chacune ses spécificités particulières : nous citerons : *l'approche classique qui* enregistre quelques méthodes de calcul du coût de revient ensuite la méthode du coût complet et le coût partiel. Les méthodes plus développées concernent l'approche prévisionnelle qui est basée sur la méthode des coûts préétablis. Ainsi pour la répartition des charges indirectes, il y'a lieu de préciser que le gestionnaire peut en effet user de différents procédés pour intégrer les valeurs dans les centres de coûts ; c'est ainsi que trois outils de calcul peuvent être utilisés : - le Procédé du coefficient global. - Le procédé des "centres d'analyses".- La méthodes des «centres de frais».

a)-Notion de « charges » et de « coût »: Il y'a lieu de préciser que les charges sont soit : Spécifiques à un seul produit et ne posent aucune contrainte pour leurs affectation, elle sont appelées dans ce cas précis (charges directes) ; Celles qui sont communes à plusieurs produits et fond l'objet d'un calcul initial en vue de leur imputation. (D'où le compte d'imputation de charges et produits), cette spécificité leur confère l'aspect de charges indirectes.

b)-Les charges directes : Les charges directes sont définies comme étant le prix à payer concernant le coût d'un seul produit ou d'une seule commande, devant être affectée dans le calcul. D'un coût global. Deux catégories de charge directes peuvent être citées :

-Les matières et fournitures : qui aliment de façon directes le processus de production, dans la fabrication d'un produit finis.

-La main d'œuvre directe : définie dans les frais de personnel, évalués dans la conception d'un seul produit. D'autres charges néanmoins peuvent présenter un aspect double (direct ou indirect) les amortissements.

c)-Les charges indirectes : Contrairement aux charges indirectes, les charges directes sont imputables par le biais de calcul intermédiaires ; aux différents produits et concernent plusieurs étapes de transformations.

d)-Les charges fixes: une charge est dite fixe ou de structure si son niveau est indépendant de taux d'utilisation des capacités disponibles ou installées. Nous pouvons citer ; les charges d'amortissement, les charges d'assurance, les loyers et frais d'entretien non rattachés à l'utilisation des équipements, les frais de personnel administratif, l'électricité et le gaz... Ces dites charges n'évoluent pratiquement que si la capacité des investissements étant modifiée à l'extension.

e)-Les charges "variables" : Une charge est appelée ainsi, si son niveau d'activité dépend du taux d'utilisation des capacités de production (elle est aussi appelée charges opérationnelle). Sont concernées dans cette typologie, les matières premières l'énergie remarquée que certaines charges regroupent en leur sein une partie fixe et une partie variable. Les frais d'électricité par exemple l'abonnement (fixe) et l'énergie (partie variable).

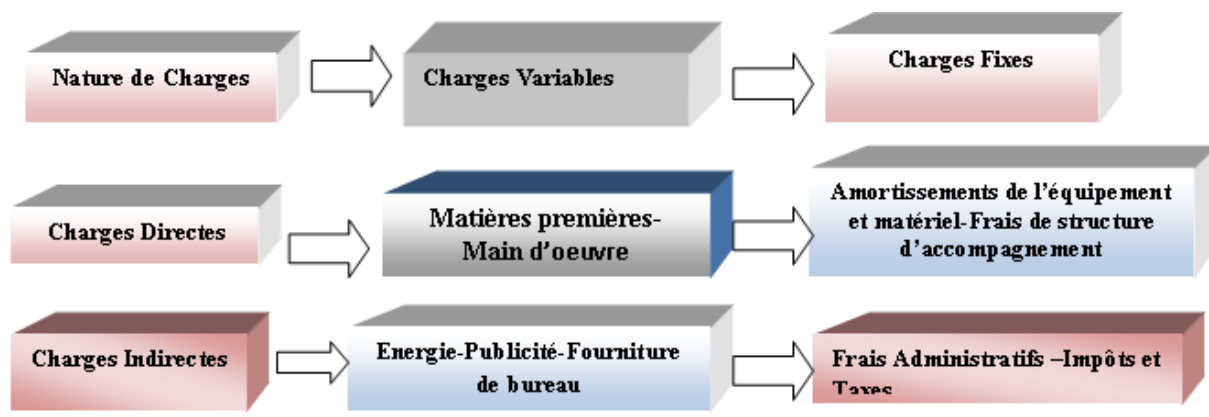


Figure.5 : l'interaction des différentes charges¹⁹².

f)-La notion de prix : *Le prix est l'expression monétaire* de la valeur d'une transaction entre un pôle ou agent .En se référant au cycle d'exploitation, la notion de prix apparaît : -par le biais des acquisitions des biens des services. -par le biais des ventes ou des services.

g)-La notion de coût : C'est la représentation d'un ensemble de charges définies dans un objet donnée. L'accumulation de cet ensemble de charges permet de déterminée un coût. En fait un coût peut être évalué à différents stades de processus de production. Le coût de revient étant la valeur total d'un produit, au terme de sa transformation.

h)-Le concept de charges et de marges : Une charges est perçue comme étant une dépréciation voire une diminution de valeur pour l'entreprise se traduisant par ; une diminution des fonds monétaires et financiers (banques/ caisse) -Une dette auprès d'un tiers. Une diminution ou dépréciation de la valeur du patrimoine de l'entreprise (amortissement ou provisions).Une marge présente un double aspect: Elle représente la différence, entre un groupement de charges, et le montant des ventes effectuées. Elle représente aussi ; les disponibilités nettes de l'entreprise ; dans le but de couvrir les charges autres ; que celles comprises dans le coût.

9.4. Les règles de répartition des charges indirectes:

Les trois méthodes :¹⁹³ la méthode du coefficient global d'imputation; La méthode des centres de frais ; La méthode des sections homogènes.

a)-La méthode des coefficients global : (simples) : Cette méthode ou procédé ; renvoie à l'imputation des charges indirectes proportionnellement aux charges imputables. directement au produit, en utilisant un coefficient, calculé sur l'ensemble des éléments intégrés au processus de production. D'où : $K = CIT/CDT$ (k : étant le coefficient d'imputation) ; CIT= Charges indirectes totales. $CDT =$ Charges directs totales.

b) --Méthode des coefficients multiples : - l'entreprise ne pouvant faire la distinction entre les charges (directes ou indirectes) procède à l'imputation des charges indirectes proportionnellement aux charges directes. Par centre d'activité, d'ou ressort plusieurs coefficients d'imputation.

Remarque : ¹⁹⁴ La méthode du coefficient multiple répond plus ou moins aux attentes des gestionnaires vu que les résultats seraient plus objectifs. Par ailleurs il y'a lieu de préciser qu'il ne peut y'avoir une relation interdépendante entre charges directes et charges indirectes ce qui ne peut justifier la crédibilité de la première méthode qui globalise l'ensemble du processus de production.

¹⁹² -cf. -Vuillod et Scarmua -.la comptabilité analytique hospitalière-1983.

¹⁹³ -cf.(Einsetter en 1991).

¹⁹⁴ Comptabilité analytique et Contrôle de gestion-Margerin et Gausset-1990-

- c)-La technique des centres d'analyse :

Traditionnellement connue sous l'appellation de la méthode des sections homogènes. Une section est dite homogène lorsque le niveau de (découpage) obtenu est suffisant pour définir une unité d'activité appelée communément «Unité d'œuvre » permettant de mesurer et d'évaluer les prestations, fournies par la section destinée aux autres sections. La méthode consiste par ailleurs à ventiler l'ensemble des charges incorporées (matières consommées, frais de main d'œuvre, amortissements....) en charges directes et charges indirectes. Les charges directes sont affectées directement aux coûts, les charges indirectes sont ventilées entre les différentes sections, elles sont ainsi, nommée (frais de section). La consommation des charges est mesurée par nature et réparties par le biais de clés de répartition. Il y'a lieu de préciser qu'il y'a ;répartition primaire dans un premier temps, puis s'ajoute la répartition secondaire qui consiste à répartir les charges des centres auxiliaires aux centres principaux. L'imputation finale détermine l'unité d'œuvre qui exprime la commune mesure des différents produits.

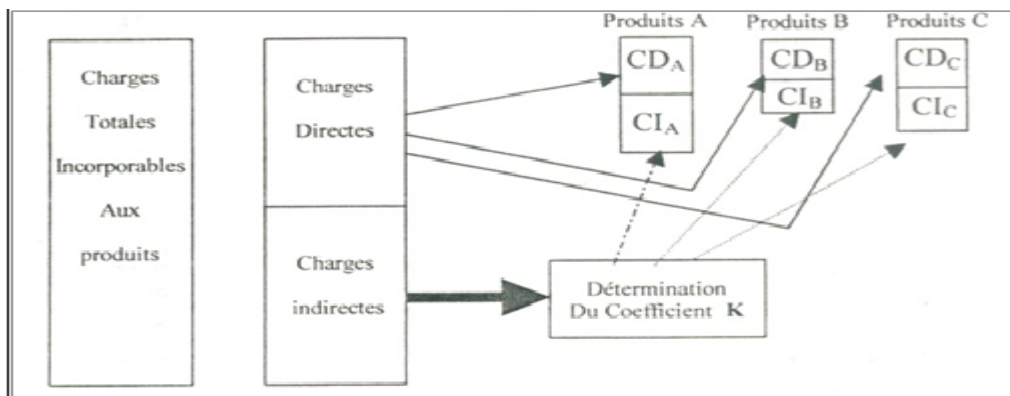


Figure .6 : Mode de répartition des charges directes et indirectes (Margerin et Gausset).

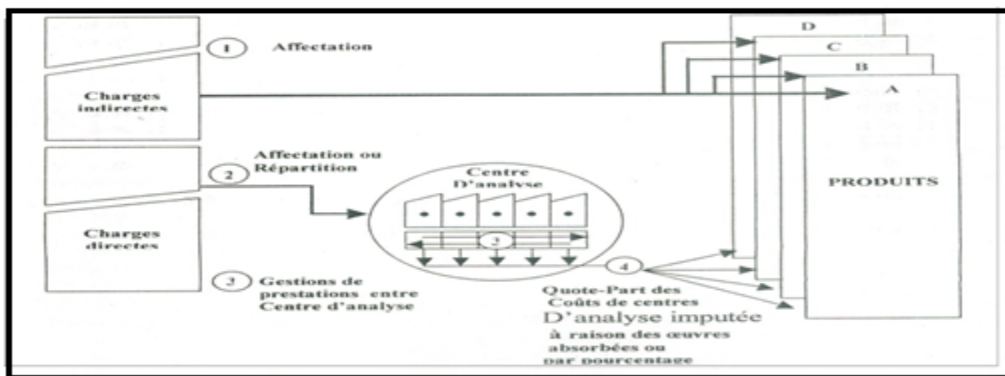
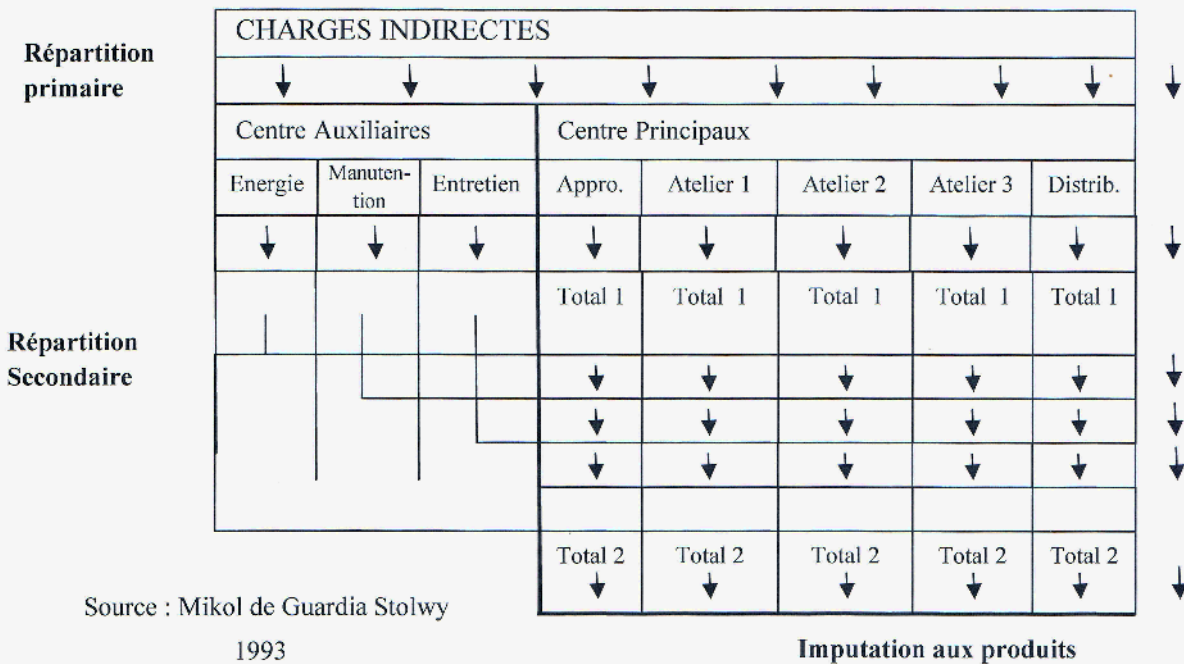


Figure.7 : Affectation des charges directes et indirectes vers les centres d'analyse.

Figure 8 : Architecture du réseau comptable¹⁹⁵



Source : Mikol de Guardia Stolwy
1993

Imputation aux produits

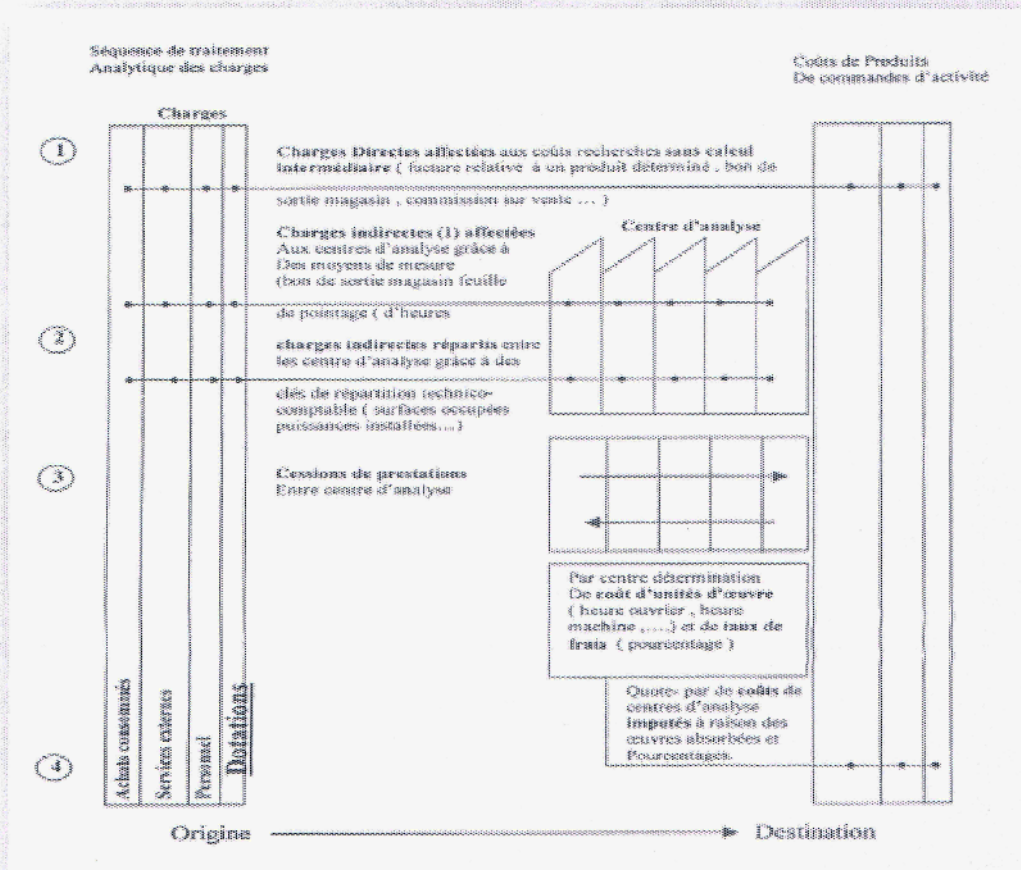


Figure 9. Le traitement Analytique des charges.

¹⁹⁵Source : Conforme au plan comptable analytique Français-1982-le fonctionnement de la répartition dans les centres d'analyses d'analyse des coûts complets ;-Margerin et Gausset-les techniques quantitatives de gestion ; Pages :(70-71-73-74)-Edition Foucher -1984.

9.4. Mesure de la production hospitalière :

Il n'est possible de calculer un coût ; que si l'objet de calcul est d'abord précisé .¹⁹⁶

a)- le Coût comme matière de choix : En comptabilité générale ,toutes les dépenses » sont comptabilisées par nature (salaires par nature par exemple sans distinction hiérarchique) aussi la nécessité d'instaurer à l'hôpital ; des modes de collecte de l'information ; qui portent l'accent sur les différentes fonctions productives ; et que soient établie une cohérence relativement parfaite avec l'organisation médicale , administrative et technique de l'établissement.Celui ci est donc découpé en centres d'activités, ou centres de responsabilités ,c'est-à-dire en unités organisationnelle suffisamment individualisées.. Pour être dotés d'un responsable, qui en assure la gestion et la direction. , la division de l'entreprise en centres de coûts, permet de définir pour chaque centre quels sont les coûts contrôlables ; ceux sur le montant desquels le responsable de centre peut exercer l'action .Le principe étant de ne pas prendre en compte ; que ceux-ci dans l'appréciation de sa gestion Les coûts non contrôlables devant être laissés en dehors du calcul ; et par contre soumis à un traitement auxiliaire .La définition des couts contrôlables et non contrôlables renvoie à la distinction « couts directs et couts indirects .On qualifie de directs qui étant propre à un protocole ou à un service ,peuvent lui être affectés directement sans discussion ni arbitraire ,ou qui peuvent lui être attachés mêmes s'ils transitent par d'autres centres d'activités (les services médico-techniques) dès lors qu'un instrument de mesure permet d'en opérer le décompte .On appelle coût indirecte ,des charges qui sont communes, à plusieurs produits ou à plusieurs centres d'activités ; et qui restent indivises au niveau de la saisie .La distinction coûts variables couts fixes ; s'applique aux uns comme aux autres .On appelle coût variable, un coût dont le montant global varie avec le niveau d'activité ; et coût fixe celui dont le montant global, est indépendant de ce même niveau . Dans un premier temps, toutes les charges communes variables ou fixes ; qui n'ont pas été individualisées sont regroupées dans une masse, qui échappe au contrôle du chef de service. Ces charges constituent des couts indirectes ou maitrisables ; au niveau du centre de responsabilité concerné. En revanche l'ensemble des coûts variables qui lui sont affectées, est contrôlable, soit parce qu'il correspond à des prestations directement exécutées dans le service ; soit parce qu'il s'agit de prestations médico-techniques ; dont on peut maitriser la demande .Le contrôle est peut être moins stricte, dans le deuxième cas que dans le premier. , mais il peut tout de même s'exercer (consommation moins d'actes de « B, k , Z » , « réduction de durées de séjours et donc des coûts hôteliers »). Les coûts fixes directs propres à la section sont également contrôlables ; puisqu'ils correspondent à des amortissements de matériels acquis, sur l'initiative du chef de service .Une telle optique qui répond à des objectifs économiques, se rattache aux méthodes de comptabilité analytique , en coûts variables simples ou évolués .Dans le premier cas, on ne prend en compte pour l'établissement du prix de revient ,que les couts variables .L'ensemble des charges fixes est laissé dans une masse commune (direct costing simple) .Dans le second cas ,on rapporte à chaque activité non seulement les coûts variables ; mais aussi la part des charges fixes qui la concernent directement (méthode du direct costing évolué ; il ne reste alors dans la masse communes des dépenses non affectées ; que la part des charges indirectes (fixe ou variable) que l'on ne peut

¹⁹⁶il ya plusieurs façon de calculer un cout, car il ya plusieurs couts pur un même fait car c'est dans cette formule que réside une des principales difficultés de l'analyse et de l'étude des coûts, Il faut choisir des méthodes d'analyse qui puissent s'adapter aux différents objectifs poursuivis. Le mot cout n'a pas la même signification et n'est pas destiné au même usage pour des situations différentes .Il sert à vérifier le fonctionnement d'une unité économique, et donc utilisé pour déterminer une allocation ou encore permet de prendre une décision en matière de choix ».

Source : « La Comptabilité générale : collection « université et technique » -A.Cibert-Paris, 1967.

appliquer directement à chaque activité .En réalité le concept direct ; a été utilisé dans deux démarches différentes : dans l'une ,il est reproduit dans la variabilité des charges auxquelles on se réfère ,dans l'autre dans la possibilité de les individualiser, qui est mise en évidence. Le contrôle repose sur l'utilisation de standards ,c'est-à-dire des couts fixés à l'avance ; ayant valeurs de normes ; ils portent à la fois sur des quantités de biens et de services consommés ; et sur leur coût unitaire .L'information réelle sur ces deux éléments ; est remplacée par une information préétablie provenant de trois sources ; les quantités consommables et équipements nécessaires à la mise en œuvre du traitement , les standards requis pour chaque opération, le coût unitaire des biens et services utilisés .L'existence de standards permet ; la mise en place d'un système efficace de contrôle .A priori ,ce contrôle est procédé par l'élaboration d'un budget de service ; et à postériori débouchant sur le calcul et l'interprétation des écarts ; entre couts réels et coûts standards .Les qualités requises à l'issue de l'opération de contrôle ; doivent être fidèles et sensibles .La fidélité signifie que les écarts de fonctionnement d'importance semblables ;doivent provoquer des écarts comparables ;la sensibilité signifie que le paramètre de contrôle se doit ; d'énoncer le plus petit écart pertinent .Deux qualités, qui font le plus souvent défaut au prix de revient complet ,en ce qui concerne la fidélité ,lorsque les frais généraux sont ventilés au prorata des charges directes ,le prix de revient complet d'un service quelconque, peut se trouver majoré parce que , d'autres services ont vu leur activité à la baisse ; par faute de recrutement de patients . Après analyse, l'on constate que le service auxquelles les charges lui ont été majorées ; a connu une activité d'intensité très faible .Ce constat en quelque sorte mitigé ne contribue pas à faciliter l'interprétation des écarts entre budgets prévisionnels et budgets constatés.

b)-Le coût comme instrument de préparation des décisions : Le processus de préparation des décisions se doit donc ; de s'écarter du domaine de la comptabilité ,celui de reportage et d'entamer celui de l'anticipation ;c'est-à-dire que les données historiques ne sont utilisables, autant qu'elles constituent une estimation de coûts futurs .Le refus de coûts historiques ;conduit à rejeter les coûts irréversibles ,c'est-à-dire ceux qui résultent de décisions déjà prises ;ou d'engagements déjà souscrits (amortissements ; loyers ; autres) sur lesquels ; il n'est plus possible de revenir .La notion de journées (coûts de journées) s'apparente ; à la notion de calcul de soins classique. Le coût d'une journée se calcule en divisant les dépenses directes de l'unité par le nombre de journées consommées dans l'unité. Cela suppose ; que les dépenses se répartissent également entre les malades .C'est pourquoi, pour être efficace , le calcul du coût moyen ; par centre de responsabilité (Process Costing) doit être doublé de ce que l'on appellera ; un coût par commande ; ou coûts individualisés (Job Order Costing) .Si l'acte est très spécifique ,il faut mesurer le coût directement et seuls sont pertinents ; les coûts différentiels ,c'est-à-dire les coûts ; qui sont susceptibles d'être changés par la décision .Le choix de la méthode d'analyse, coût par responsabilité ou coût par commande ; dépend donc de la technologie considérée .Il conviendra de retrancher du calcul du coût moyen de la journée ; ou des unités d'œuvres techniques ; ce qui relève de l'acte spécifique pour éviter une double imputation .

c)-Coût différentiel et coût marginal :

Le coût marginal dans le cadre d'une capacité de production donnée ; mesure le supplément du coût auquel il faut consentir ; pour accroître la production d'une unité (coût marginal en structure fixé). A long terme ; le coût marginal en structure adaptée ; mesure le supplément moyen du coût auquel il faut consentir toutes dépenses confondues : dépenses de fonctionnement, mais aussi de matériels ;de bâtiments ; lorsqu'on remplace un équipement existant par des installations de taille

supérieures ; pour atteindre un niveau de production donné. Le coût marginal dans ce cas précis ; intègre comme toujours des coûts variables ,mais aussi des coûts de structure (augmentation de potentiel) .Le coût différentiel, est égal à la variation des coûts ; résultants du remplacement d'un schéma thérapeutique par un autre .Il ne s'agit plus comme dans le cas précédent ,d'utiliser de manière plus ou moins intensive ; une capacité de production existante ou de modifier celle-ci ; pour l'adapter à la marge ,mais de choisir entre deux techniques, mutuellement exclusives .Le coût marginal se définit , par rapport à des variations de production ;Le coût différentiel s'apprécie par rapport à toute possibilité de choix .Le coût d'une décision, est égal à la différence entre le montant des dépenses, que les divers centres de responsabilité devront supporter ; si la décision est appliquée , et celui auquel ils auraient dû faire face dans le cas contraire.

d)-Le coût comme moyen d'allocation de ressources :

Il est important de distinguer entre les coûts et les prix. les premiers représentent des indicateurs de gestion interne ; qui doivent rendre compte le mieux possible des performances de l'hôpital ;les seconds sont des données externes par nature ; rattachées au processus budgétaire et nécessaires à l'usage de la tutelle .Il faut préciser que la confusion entre prix de journées ,servant à la tarification et coût de revient à la journée ; dans le système tarifaire ; ayant conduit à une sorte de désengagement de l'outil de gestion ; qu'aurait dû être la comptabilité analytique hospitalière . Dans ce cadre l'information médicalisée, tend à proposer sur la base d'un regroupement des activités sous forme de « GHM » ,une dotation de référence ; qui tienne compte de l'éventail des cas traités , en fonction de cette information ,les décideurs peuvent constater si la dotation réelle est très différente de la dotation de référence . La relation entre le coût total ; et les quantités produites, exige de préciser, par rapport à quel paramètre on qualifie la charge (comme étant la traduction monétaire d'une consommation de ressources) ; elle peut être une fonction (entretien, hôtellerie), ou un produit (Journées d'hospitalisation), une pathologie (GHM), un centre de responsabilité (service de chirurgie).

10. L'Elaboration des budgets de la santé.¹⁹⁷

10.1. Le modèle Français :¹⁹⁸

Deux modes de financements peuvent être préconisés pour la plupart des pays européens ; le financement sur la « base populationnelle » ; et le « financement à l'activité ». Dans la perspective de l'élaboration des budgets de la santé, le ministère de tutelle Français, avait entamé une étude, ayant pour objet de déterminer ; le mode d'allocation de ressources au profit des hôpitaux. L'analyse fut portée sur quatre critères:-1-les dépenses publiques hospitalières par habitant « hospitalisable »-2-le point « ISA » exprimé en unité monétaire-3-les flux interrégionaux valorisé des patients-4-l'indice comparatif de mortalité. L'analyse de ces critères ; avait pour rôle d'examiner leur impact sur la structure du budgétaire et de mettre à disposition des gestionnaires des outils de planification des besoins de santé. A travers ce passage ; nous présentons un aperçu sur les mécanismes qui furent adoptés.

¹⁹⁷ 1/Le budget de l'hôpital =Budget théorique x facteurs d'ajustement s 2/ le budget théorique=nombre de points ISA x valeur régionale du point (ISA) : (déterminée par l'agence d'évaluation des coûts des hôpitaux) ; c'est donc en fonction du nombre de points ISA produits par l'hôpital durant l'année(N-1) que le budget de l'année (N) est calculé.- source :Thiery noble –Article-Application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie .-2009.

¹⁹⁸ Réf : R .Launois -1995 –France-(comparaison des coûts thérapeutiques).

a)-La dotation budgétaire régionalisée :

-Le passage du financement opéré par l'usage du système « des prix de journées » vers le procédé d'allocation budgétaire basé sur « la dotation globale hospitalière en 1983 » a constitué un progrès considérable, cependant l'évaluation avait été établie sur la base des estimations des budgets antérieurs ; sans prise en considération des disparités ; entre les différentes régions hospitalières. En 1996 dans l'objectif de réduire ces inégalités, un plan de réforme a été inscrit ; ainsi les (ARH : les agences régionales d'hospitalisation) ayant pour objectif de réduire les écarts observés à partir du programme : « PMSI » ; sur la base d'un indicateur synthétique de consommations de soins ; un effort a été consenti pour aboutir à la réduction des écarts opérés entre la période (1991-1996) .Le ratio « population hospitalisable » a été retenu parmi les critères. Dès l'apparition du nouveau mécanisme ; un second critère a été retenu, il s'agit d'un indicateur visant à mesurer l'efficacité hospitalière ; il est mesuré en franc (ISA) ; qui lui-même découle des données « PMSI » .Les difficultés résident dans le fait que « l'ISA » n'est calculable que pour les activités médecine chirurgie obstétrique (MCO)..Il a été relevé par contre ; que la valeur du point « ISA » reste l'élément clé de toutes les comparaisons entre hôpitaux .Pour ce qui concerne le critère population hospitalisable ,le fondement statistique des données repose sur le nombre des entrées observées (hospitalisations) ; dans les deux secteurs privé et public ,ces données sont utilisables pour extraire le ratio dépenses par habitant hospitalisable ; dans le secteur public .Le ratio « DPHH »¹⁹⁹ est utilisé pour extraire les données hors activités «MCO» , c'est-à-dire les activités Médico-économiques non enregistrées dans le groupe « MCO » . L'objectif de la péréquation des dotations régionales a pour effet d'utiliser les critères tel le point « ISA » aux fins d'établir une valeur cible pour tous les hôpitaux ; de même catégorie d'une même région. Pour calculer la dotation ,on retranche l'écart dans une région donnée « entre ses exportations et ses importations »²⁰⁰ ,c'est-à-dire que l'on note le nombre de patients allant se faire soigner ailleurs ; et celui des patients d'autres régions ; venant se faire soigner dans la région étudiée : ces dénombrements étant valorisés .Cela signifie pratiquement qu'une région doit des moyens supplémentaires ; si elle accueille des patients venant de l'extérieur ; mais si ses assurés vont ailleurs, elle nécessite moins de moyens financiers et matériels ; cela ayant incité les experts à différencier entre flux légitimes et flux illégitimes des patients .

b)-Sont considérés comme légitimes ; des flux tels que : -Le patient se dirige vers l'hôpital le plus proche même s'il est établi à l'extérieur de la région dont il relève, -l'hôpital d'accueil répond à un niveau de spécialisation qui n'existe pas dans la région ; dont le patient est originaire. L'hôpital d'accueil est moins coûteux, cela suppose que le point « ISA » est plus faible. - dès lors les experts ne retiennent dans le calcul des flux que la moitié de leur valeur : la formule de péréquation comprend donc un terme valorisé s'écrivant ainsi : **(Exportation -Importation / 2) = coefficient des flux de malades.**

c)-Le critère « ICM : indice comparatif de mortalité » : il a été décidé d'introduire un élément qui soit représentatif des besoins de santé ,notion particulièrement difficile à mesurer .Les besoins de santé peuvent être considérés comme fonction de l'état de santé de la population .En l'absence d'indicateurs de morbidité ; il ya lieu d'utiliser les indicateurs de mortalité ; l'indicateur utilisé est l'indice comparatif de mortalité ,celui-ci mesure la mortalité d'une région en comparant le nombre de décès théoriques qu'aurait la région ; en appliquant à sa population les taux de mortalité

¹⁹⁹ Dépense consentie pour les patients non hospitalisés (hors catégories MCO).

²⁰⁰ Flux des patients entre régions (FPER) = le ratio FPER est un indicateur de mesure des flux de patients entre régions.

nationaux ; par sexe et par tranche d'âge .Cet indicateur est appliqué à la population « hospitalisable » et sa valeur statistique n'est admise que pour $\frac{1}{2}$ dans la formule globale de péréquation qui délimite les fonds à percevoir ; ou à payer pour chaque hôpital .

d)-L'indicateur des besoins en soins : La dépense par habitant « hospitalisable » en secteur public : dès 1997 la politique de péréquation des dotations sanitaires par région a reposé sur deux critères essentiels : un critère d'efficience mesuré par la valeur du point « ISA » et un indicateur de besoins en soins représenté par le montant des dépenses par habitant « hospitalisable » en secteur public .Le critère d'efficience aidant à mesurer la manière dont chaque région a effectivement dispensé les soins ; le ratio d'efficience évalue les moyens financiers dont chaque région a disposer pour répondre a un besoin théorique de soins défini à partir du référentiel national .L'hospitalisation en effet étant la part la plus mesurable en termes financiers car il s'agit de moduler une allocation . La variante « AP-DRG »²⁰¹ introduit le concept de soins et de sévérité de la pathologie ce qui contribue à améliorer l'explication de la variation de la consommation de ressources mais porte le nombre de catégories à 1530 tandis que « Fetter » s'est abstenu à 500 catégories .Les « DRG » représentent des profils de patients ayant reçu des soins relativement homogènes ; du double point de vue clinique et économique .Cette double approche Médico économique constitue un début de levée de contraintes qui existent entre les deux espaces (médical et économique) .le DRG introduit un outil commun de communication ; entre les différents acteurs de la profession (médecins infirmiers ;techniciens, gestionnaires , décideurs planificateurs) ; les aide à œuvrer pour le devenir de l'institution hospitalière .toutefois les avis sont partagés sur la question de l'exploitation des « DRG » ,les médecins cliniciens trouvent leurs intérêts hypothéqués par opposition à l'impératif d'exploitation des données économiques par les gestionnaires et contrôleurs ²⁰²

10.2. Les Modalités de calcul du référentiel national des coûts :

Les concepteurs du modèle DRG prétendent son applicabilité universelle ;car ils supposent que les spécificités des systèmes de santé nationaux ,celles liées à l'organisation structurelle interne de l'hôpital ou des pratiques de soins n'influencent pas la consommation de ressources calculée en fonction des « DRG » a fait toutefois de nombreuses critiques ,on peut observer des durées de séjour différentes pour des cas semblables dans des pays différents ex : hospitalisation en maternité : elle varie de un jour jusqu'à huit jours (accouchement par voie basse) sans complication majeure .Cela conduit à supposer que les « DRG » américaines ne correspondent que dans une faible mesure aux catégories recensées en Europe .Parmi d'autre critiques on peut recenser le caractère subjectif du choix de l'algorithme de regroupement qui est remis en cause l'on conteste aussi le degré d'importance attribué à la variable durée moyenne de séjour « DMS »comme facteur déterminant la consommation des ressources. .Le modèle « DRG » (diagnosis related groups) occulte ainsi le poids des prestations ; effectuées par le corps infirmier ; en le réduisant à

²⁰¹ Les groupes homogènes de malades (GHM) sont une adaptation du système Américain des Diagnosis Related Groups (DRGs) et (AP-DRG) , élaboré par l'équipe du Professeur Fetter (USA-1980).Dans ce modèle ; le produit de l'hôpital est défini par des groupes de séjours hospitaliers présentant une similitude clinique relative et consommant un niveau global de ressources équivalent. Cette construction ne permet pas de traduire l'activité hospitalière en termes de qualité de soins pratiqués.(La durée de séjour a été choisie comme mesure approchée d'utilisation de ressources en raison de sa simplicité et de sa disponibilité). Réf : « Chap. ; Analyse et contrôle de l'activité médicale » p.188--dans : Informatique médicale-P.Degoulet –M.Fieschi-Ed ;Masson-1995.

²⁰² Nathalie Halgand -france-Le problème de la pertinence des coûts pour le contrôle :le cas hospitalier –comptabilité /contrôle et audit –P.30-52.1995.

l'exécution des décisions médicales. Nathalie Halgand²⁰³ pense qu'en définissant le « DRG » comme produit hospitalier on assimile l'hôpital public à une entreprise du secteur privé ; et que le système comptable reposant sur les « DRG » peut être analysé comme une tentative de conquête émanant de la technostructure aux dépens du corps médical. Certains²⁰⁴ ; soutiennent que les objectifs de l'introduction du contrôle de gestion et du mode de paiement basé sur la catégorisation « DRG » serait d'abolir le principe de solidarité et de relativiser ; le pouvoir des médecins qui détiennent pour l'instant le monopole de l'information sur les patients. Regnard (1998) conteste la seule prise en compte de la seule pathologie ; pour expliquer le coût de prise en charge et met en doute l'utilisation d'une clé de répartition unique (le temps : durée moyenne de séjour).

▪ Existe-t-il une relation entre le produit hospitalier et la forme de remboursement :

En effet pour qu'un hôpital puisse être géré rationnellement, il est impératif de juxtaposer les coûts et recettes de tous les produits et dans la mesure du possible éliminer les produits déficitaires ; Les « DRG » comme moyen d'évaluation Médico-économique étant apprécié ; par les cliniciens comme moyen d'ingérence et de contrôle de la part de gestionnaires, si par ailleurs on décide de calculer les coûts par « DRG » le personnel médical ; à qui incombe les diverses tâches administratives ; telle la codification des actes, serait réticent.

▪ Le choix du produit en fonction du système d'information implanté : Le problème majeur des structures hospitalières est relatif au système d'information mis en place ; pour collecter les consommations de ressources allouées aux patients (médicaments –prothèses –matériels médical autres ..). Certains hôpitaux attribuent des points aux examens de laboratoires et aux actes techniques dans l'intention ; de maximiser l'information sur la consommation des ressources par patients, toutefois cette méthode qui utilise la règle de trois pour tous les cas, supposés de prise en charge, soit pour une période de données, le total des coûts d'un laboratoire (X) est divisé par le total des points qu'il produit et multiplié par le nombre de points consommés :

Soit $P.t.n = \sum \text{points. Consommés laboratoires} / \text{nombre de points produits} \times (\text{par}) \text{Nbr points consommés.}$

10.3. La démarche de calcul des coûts :

a)-Aux Etats Unis : L'assurance maladie couvre 37 millions de personnes âgées ; depuis l'institution de Medicare (système relatif à l'assurance maladie). Dans cette organisation, le remboursement se fait selon deux modes, suivant que le patient soit hospitalisé ou non. Dans le cas où le patient est hospitalisé ; le prix de revient de remboursement est établi selon le coût standard reproduit par « DRG » ; au cas il est pris en charge en ambulatoire ; le prix de revient est remboursé selon le coût présenté et calculé selon convention établie ; entre institution et bailleurs de fonds assurances –Etats.

b)-Dans le système Français : Les Modalités de calcul du référentiel national de coûts :

Les coûts complets ne sont pas directement comparables aux tarifs, compte tenu des différences de périmètre existant entre ces deux concepts les données de coûts référentiels sont destinées essentiellement à permettre le positionnement de l'activité « MCO » de tout établissement par rapport à l'activité « MCO » d'un établissement moyen.

²⁰³ (Etude élaborée en 1997) : la complexité du « produit hospitalier » rend impossible l'introduction d'une forme de contrôle de gestion. -France –

²⁰⁴ Escaffre –Gervais –Thenet -1993.

-Choix de l'échantillon : On procède dans un premier temps au choix d'un échantillon composé d'un certain nombre d'hôpitaux produisant les mêmes prestations ,pour une activité annuelle on obtient un échantillon exploitable de cinquante établissements en moyenne .

-Elimination des séjours extrêmes : Il est procédé à l'élimination des séjours produits dont les coûts sont en deca d'une borne inférieure ou au delà d'une borne supérieure définie de la façon suivante :

(opération de tramage des données PMSI)

Borne supérieure =Epx. (moyenne (L .C)+écart type (L.C)+centil95%-médiane (L.C)

Borne inférieure =Epx (moyenne (LC)-Ecart type(LC)+centil5%- ?médiane (L.C)

-La correction préalable aux calculs de coûts moyens de séjours : Les modalités de calculs du coût moyen de séjours prennent en compte ; certaines corrections préalables, le financement (une partie) dont l'établissement ayant bénéficié en matière de recherche, ou d'enseignement ; la prise en compte ; d'un coefficient géographique pour ajuster la base de l'échantillon ;car certains établissements ont leurs coûts majorés en dépit de leur position géographique ; le calcul des coûts moyens de séjours par « GHS et GHM » et opérations de calage .L'échelle nationale de coûts est représentée ; par une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements et donc de séjours. En effet les coûts moyens par « GHS et GHM » ne sont que des estimateurs de valeurs inconnues..Les totaux sont tirés à partir d'un fichier exhaustif (la base nationale annuelle regroupant tous les séjours du PMSI).Le calage permet une stabilité des estimations de coûts moyens . L'individu statistique est représenté par le séjour , pour réaliser l'opération de calage un logiciel permet de produire les pondérations calées qui sont exprimées par : -La variable auxiliaire quantitative (durée de séjour) ; -une variable auxiliaire qualitative (type d'établissement) ; -Les variables de calage sélectionnées : a-type d'établissement ; b-durée totale de séjour par type d'établissement c-durée de passage en soins intensifs d-nombre d'actes réalisés par type d'établissements. L'opération de calage s'effectue « GHM par GHM ou GHS par GHS » ; le coût moyen estimé par GHM ou GHS produit par le référentiel est issu du calcul suivant : (somme du poids redressé du séjour x coût de séjours).

10.4. le coût moyen des unités d'œuvre :

Pour chaque établissement de l'échantillon et pour une unité d'œuvre donnée on calcul le coût total dans l'établissement associé à cette unité d'œuvre ; ainsi que le nombre total d'unités d'œuvre consommées par l'établissement .Le coût moyen national estimé de l'unité d'œuvre ; est défini par un ratio tenant compte du poids de l'établissement ,du nombre de séjours et du nombre d'unités d'œuvres produites .

a)-Calcul de précision : L'échantillon²⁰⁵ d'établissements qui produit donc un échantillon de séjours définissant par la même des estimations de coûts moyens par « GHS ou GHM » obtenue est par nature sensible à la composition de l'échantillon .Il serait donc possible ; de mesurer l'ampleur de l'incertitude ou encore l'erreur relative de l'estimation du coût moyen ; de l'échantillonnage des établissements.²⁰⁶ .Le principe général de classement des « DRG ou GHM » repose sur :

²⁰⁵ Référence / Etudes nationale des coûts : (Enquête effectuée en 2006 dans les établissements de santé –Lyon France.).A noter que Les pouvoirs publics en France pour l'élaboration des budgets s'appuient sur deux bases de données L'E.N.C.Cet le P.M.S.I.

²⁰⁶ Pour chaque « GHM ou GHS » l'erreur est définie comme le rapport entre l'écart associé à l'échantillonnage et le « coût moyen » estimé à partir des données N-1(année antérieure).Théoriquement on peut estimer que 95% de chance sur 100 que le coût moyen obtenu à partir de l'ensemble des séjours hospitaliers soit compris dans l'intervalle de confiance .

l'appréciation coûts sur le plan médico-économique aux fins de financement ; grâce à la stratification des groupes par type de maladies homogènes.

b)- Le calcul des coûts hospitaliers :

La méthode de calcul des coûts hospitaliers utilisée au sein des hôpitaux est configurée ; dans la méthode des sections homogènes. Cette méthode découpe l'organisation (l'hôpital) en sections homogènes ,répartit ensuite la charge sur ces sections en fonction des unités d'œuvres , l'unité d'œuvre doit traduire l'activité de la section et permettre la mesure de sa performance .De ce fait une unité d'œuvre pourrait être représentée ; par une consommation de charges ou la réalisation de produits de la section .Toutefois , la complexité de soins ne permet pas ; d'identifier spontanément des centres d'analyse homogènes .La structure de couts hospitaliers qui se traduit par une forte proportion d'éléments indirects calculés à partir de la clé de répartition (durée de séjour) et qui s'explique par la faiblesse des moyens informationnels des établissements ; incapables de saisir les couts directs ,a pour conséquence de réduire le coût total à la durée de séjour²⁰⁷ :

c)-Le mode de répartition des charges :

1-Les charges par nature : celles-ci sont reproduites par les actes d'investigation et de traitement servis aux patients ; Les médicaments, produits et dérivés sanguins prothèses implants -etc.

2-La base de répartition : les charges par nature sont indexées par le biais de : -Lettres ou indices de complexité relative ; ou imputation directe au calcul reproduisant le cout de prise en charge des patients. Le problème se pose en terme technique, car il ya lieu de définir de quelle manière sont imputées les charges indirectes. Il a été constaté que l'information recueillie au niveau du patient reste très faible (ce qui réduit la question du calcul du coût du produit hospitalier dans une large mesure à celle de l'imputation des charges indirectes .Par conséquent ;les règles de répartition classiques sont Qualifiés d'arbitraire et supposent implicitement que les écarts des objets considérés (journées pathologies ou DRG) sont identiques par unité de critère de répartition Si par exemple ,on raisonne en nombre de jours par pathologies chacun des jours aura un cout identique Cela conduirait à une forme d'approximation ;car techniquement le cout d'un malade apparaît supérieur dans les premiers jours ;puis décroît progressivement ,s'apparentant en fin de séjour à un cout d'hôtellerie .De plus l'argument suivant lequel l'utilisation de la même règle de calcul permettrait d'avoir une idée fiable de la tendance des couts par produits relève plus d'une croyance que de démonstration rigoureuse .On peut donc affirmer que ces modes de répartition engendre des couts sans rapport avec le niveau véritable des couts de prestations.

d) Les objectifs d'un système de prix de revient : Un système de prix de revient au moins deux objectifs : -transmettre une information à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation ; une estimation au moins d'un coût complexe. Dans le premier cas ,la connaissance du prix de revient réel demeure relativement accessoire car il s'agit de convaincre l'organe payeur (caisse de sécurité sociales ,Etat –ou le demandeur de soins) que le scouts facturés représentent les couts supportés Dans cette situation ,le fournisseur de soins a intérêt de présenter le cout le plus élevé pour maximiser ces recettes .Aux états unis ,les couts supportés par les patients traités en ambulatoire sont largement supérieurs aux couts supportés par les patients placés en intra hospitaliers ²⁰⁸(ce qui a permis de financer le déficit public produit par les hôpitaux .Car les prix sont fixés pour les prises

²⁰⁷ lorsque le modèle (DRG) est utilisé dans un hôpital, les coûts indirects représentent plus de 70% des couts totaux ; ceux-ci sont calculés d'abord à partir de la clé de répartition (durée de séjour) ensuite imputés au prorata de la durée de séjour aux produits . (N.Halgand ,1998 -France).

²⁰⁸ (Eldenburg et Kallapur-1997)

en charge intra hospitalières tandis que pour les patients traités en ambulatoire les prix sont flexibles et obéissant aux fluctuations du marché Pour l'estimation au mieux du prix de revient : Le problème consiste à approcher au mieux possible le coût de la prestation ; pour y parvenir, différentes alternatives se présentent les unes liées aux règles classiques.²⁰⁹

10.5. les caractéristiques d'un système de prix de revient :

Un système de coûts doit permettre ; au moins trois caractéristiques : -la charge à affecter doit être strictement identique à la charge affectée ; -la solution obtenue doit être unique ; -la charge doit augmenter ; si le nombre de patients augmente (fonction monotone). A ces trois propriétés devra être ajoutée ; une quatrième afin que les coûts obtenus ; multipliés par les quantités permettent d'approcher la charge réelle de la période .Cela suppose qu'il ya lieu de donner (une forme à la relation fonctionnelle liant la charge au coût ;ce qui permet d'admettre une relation linéaire entre charges et produits hospitaliers .

- La méthode optimale :²¹⁰En tenant compte des propriétés des charges , et partant du principe qu'il existe une relation fonctionnelle liant charges et produits hospitaliers.

les variables : $C(t)$ = comme moment de la charge observée au moment (t)
avec $t = (1 \dots T)$ $P(i,t)$ = le nombre de prestations hospitalières de type i réalisées au moment t ,
avec $i = (1 \dots n)$; par hypothèse (T) étant supérieur à (n). Et =terme résiduel correspondant à la période (t) .
 $a(i)$ = cout unitaire variable inconnu de la prestation (i).
 $a(o)$ = partie fixe non affectée.
Au moment (t) nous pouvons envisager la relation charge /produit suivant deux formulations alternatives ; Tel que :
 $1-C_t = \sum a(i) p(i) + A_o + E.t$;
 $2-C_t = \sum a(i).(p_{it}) + E.t$ / Si nous désirons estimer les coefficients $a(i)$; $p(i)$; $a(o)$ il faut dans ce cas résoudre les problèmes ci après :
 $1-\text{Min} \sum (C_t - (a.o) - \sum a(i) (p.i.t)^2$
Ou $2-\text{Mini} \sum (C (t) - \sum a_i (p.i.t)^2$ En admettant que $T = (1 \dots t)$.

Tenant compte des propriétés suscitées ; il est possible de déterminer ; quels sont les coûts unitaires des produits hospitaliers .Nous admettons de ce fait qu'au cours de(T) périodes ,les coûts unitaires restent constants . « La méthode optimale , possède en avantage , par rapport à la méthode ABC , il suffit de connaître les charges et les volumes des produits , pour pouvoir estimer les coûts.Cette méthode sert à calculer les coûts unitaires ; des produits en posant certaines conditions de départ : Posséder une bonne information sur les charges et les volumes des produits ; respect de la linéarité de la fonction de coût durant la période (sans changement dans le volume des investissements). »²¹¹

²⁰⁹ direct costing- sections homogènes et méthode des couts standards)les autres se rapportant à l'approche « A.B.C. : activity based costing Kaplan et Cooper » :selon une étude réalisée par (Innés et Mitchell 1995) ;quant à l'utilisation de cette méthode au royaume uni dans le secteur de la santé ;les résultats n'ont pas donné de satisfaction .

²¹⁰ Etude faite dans le cadre de l'application de la méthode (ABC)au calcul des coûts par pathologie-(cas de la chirurgie Infantile-)Thierry Nobre-Fac des sciences Economiques-Strasbourg-2000-

²¹¹ Zofia. Swinarski Huber –Système de santé suisse-« formation et maîtrise des coûts »P.74--Bern-2005.

10.6. La nature des coûts des produits hospitaliers :

Le secteur de la santé n'échappe pas comme tout autre secteur à la compétition et la recherche de la rentabilité. Les préoccupations ont axées sur l'introduction des normes de gestion ; sujettes à des contraintes, car la nature de l'activité médicale rend sa tâche bien complexe. Pour ce qui concerne l'activité hospitalière ; il faut arriver à définir le produit final (output) qui sort de la chaîne de production. Dans le cas de l'hôpital ; il s'agit des activités de services, d'où la complexité des processus, politisation de l'organisation, cloisonnement des unités, concentration des pouvoirs au centre opérationnel ; et standardisation des qualifications, ce qui rend quasiment impossible l'introduction d'une forme de contrôle de gestion (Halgand 1995). Les modèles mis en application dans les sociétés ; (telle que France Belgique, Suisse) sont des modèles formels de contrôle de gestion de type classiques ; axés sur la technique comptable analytique ; conçue à l'origine pour le secteur industriel marchand, transposé au domaine non marchand des services de santé. Au delà de l'aspect ayant trait à l'éthique du produit hospitalier ; il ya lieu de définir la notion de prestation hospitalière, ce qui conduit logiquement à traiter la notion de coût de ces prestations. Le calcul des coûts hospitaliers selon les méthodes traditionnelles et les méthode (ABC) ne s'opère pas de la même façon. On constatera a cet effet, que les résultats obtenus vont à l'encontre des estimations rationnelles, car il s'agit au fait de résoudre le problème du mode de répartition des charges (coûts indirects) ; car la manière de procéder à leur ventilation diffère d'une méthode à une autre.

a)-La mesure du produit hospitalier : (la quantification) ; Il existe cependant différentes approches possibles de mesure du produit hospitalier :

Les indicateurs possibles :-1)-Le nombre de journées d'hospitalisation effectuées par patient.-2) Le nombre de lits techniques ou organisés par établissement.-3)-Le nombre d'admission recensé, le nombre de sorties et de transferts effectués.-4) Le nombre d'actes médicaux produits.-5)- Le nombre d'actes ou de pathologies traitées selon codification médicale.-6)-Le volume des services rendus par patient pris en charge. A ces indicateurs de production hospitalière ; on peut annexer la distinction entre patients hospitalisés ; et patients traités en régime ambulatoire (malades traités à titre externe). De l'avis de plusieurs auteurs l'activité hospitalière ; ne peut être mesurée que si l'on prend en compte plusieurs paramètres associés.

10.7. la quantification abordée selon le système des « DRG » :

Les DRG représentent une classification faisant appel à la pathologie que présente le patient ; aboutissant à regrouper les maladies ; en groupe homogènes devant faciliter la quantification recherchée. La démarche de la constitution de ces groupes homogènes étant la suivante :

1-les dossiers médicaux des patients : Ils sont répartis entre les « MDC : « Majors Diagnosis Catégories » Un «MCD » regroupe, toutes les pathologies qui sont diagnostiquées et traitées ; de la même manière et par le même type de spécialité.²¹² On attribue un MCD à chaque patient quittant l'hôpital, selon un diagnostic principal. Si un patient a subi différentes interventions, on lui attribue un « MCD » de la pathologie la plus coûteuse. Un second diagnostic est posé ; si le séjour d'hospitalisation du patient est prolongé par des complications ou de comorbidité. 2-après la division en MDC ; on segmente selon qu'il y ai eut ou non une procédure chirurgicale. 3-pour chaque catégorie, un algorithme de segmentation distingue des groupes dont les consommations de ressources sont significativement différentes moyenne de durée de séjour, les groupes ainsi sont retenus s'ils ont une pertinence clinique. 4-les valeurs statistiques relatives sont établies ; pour

²¹² .Chacune de ces catégories ; fait référence à un système se rapportant aux différentes spécialités cliniques (manuel AP-DRG1998-France –Belgique –Suisse).

chaque « DRG » (Costs Weights), en divisant le coût moyen de chaque DRG par le coût moyen de l'ensemble des cas (MIX) enregistrés pour une région ou un groupe d'hôpitaux. 5-On obtient les couts DRG pour un hôpital particulier ,en appliquant les « Costs weights » sur les dépenses d'exploitation relatives aux patients hospitalisés .L'objectif assigné par le créateur de cette méthode (Fetter) étant ; d'aboutir à une standardisation des produits ; et des prestations hospitalières pour construire à partir de données une norme de consommation de ressources .En 1984 , « Fetter » affirme que : « bien que chaque patient soit unique ,tant sur le plan du diagnostic que sur le plan du traitement il présente au fait des attributs communs avec d'autres patients ».

-Cinq systèmes existent actuellement en matière de classification « DRG »:²¹³ préconisés par les chercheurs :

Désignation du Modèle DRGs	Nombre de DRG	Spécificités
Medicare DRGs	492	Décrit tous les cas de patients dans une institution de Soins donnée.
Refined DRGs	1170	Diagnostic secondaire de Comorbidités et création de DRG pour chaque MDC médical
All Patients DRGs	641	Conçu dans le cadre de la création d'un système de paiement prospectif (patient non-Medicare)
Severity DRGs	652	Réévaluation à l'usage des complications et Comorbidités Medicare DRGs
All Patient Refined DRGs	1530	Classification créée sur la base « AP-DRG »:introduction des sous groupes de maladies

Tab.2 : Les systèmes de classification DRGs.²¹⁴

2-Le ratio de dépense régional :

Il est clair que les dotations budgétaires sont ; sujettes aux calculs de coefficients permettant une répartition plus ou moins équitable entre les différentes régions ; les établissements sont groupés en région pilotées par des agences régionales ; qui représente au fait un organe de tutelle ayant pour

²¹³ Fetter ,Rubin ,Rabkin . -Différents types de DRG « Diagnosis Related Groups »(construction faite par : Averill-Muldoon-Vertrees et Goldfield -1998).The Diagnosis-related group(DRG)is a system to classify hospital cases into one of approximately 500 groups ,also referred to as DRGs,expected to have similar hospital resource use,developed for Medicare as part of prospective payment system.DRGs are assigned by a “grouper” program based on ICD diagnoses ,procedure,age,sex,discharge status,and the presence of complications or commorbidities.DRGs have been used in the US since 1983 to determine how much Medicare pays the hospital ,since patients within each category are similar clinically and are expected to use the same level of hospital resources.DRGs may be further grouped into Major Diagnosis Categories(MCDs).

²¹⁴ **Source** : les différents types de DRG : (Averill,Muldoon,Vertrees et Goldfield, 1998).On fera remarquer que les systèmes de valorisation des coûts séjours sont multiples ; le tableau ci-dessus fait référence au système Anglo-saxons ; en Belgique ; on utilise les APR-DRG (all-patients-diagnosis Related Groups) ; en France : les GHM.(groupes homogènes de maladie)-Pour rappel ; l'objectif initial de la classification étant de relier les caractéristiques des patients aux ressources qu'ils consomment .

attribution de gérer au mieux les deniers publics ; on évoquera quatre étapes à suivre pour la construction du ratio régional.

a)-détermination de la population de la région et particulièrement le taux de fréquentation de la population « hospitalisable ».

b)-Individualisation de la part de population contrainte à la demande des prestations auprès du secteur public et celle prise en charge dans le secteur privé.

c)-Procéder à la valorisation des ratios obtenus .Les données collectées permettent de mesurer à partir d'un recensement la population de chaque région et de répartir cette population en tranches ou fraction répondant aux indices (tranches par âge par sexe) il est important de signaler que les durées d'hospitalisation varient considérablement avec l'âge du patient ,c'est ainsi que les statistiques de morbidité ont démontré que pour les activités (Médecine chirurgie obstétrique) ; les durées de séjour hospitalières croissent parallèlement avec le vieillissement de la population (enquête de morbidité-France 1998).

d)-La valorisation du ratio à partir de la dotation régionale : La dernière étape consiste ; à diviser le montant de la dotation globale régionale, par la population hospitalisable en secteur public, pour obtenir le montant ; dont chaque région disposait pour chacune des personnes ainsi hospitalisable.

e)-Le taux d'occupation : le coefficient traduisant le degré d'occupation des lits hospitaliers dans le secteur public est rattaché à la notion de nombre de jours réalisés et le nombre de journées théoriques. Le rapport journées réalisées et journées théoriques est lié à la durée moyenne de séjour (DMS) .La combinaison de ces deux critères ; conduirait à évaluer le taux d'occupation théorique selon la formule : « Taux d'occupation régionale / (DMS) régionale x taux d'occupation national = taux d'occupation théorique ».

10.8. L'approche Microcosting :

Au niveau microéconomique, on tente, d'identifier avec précision, dans un établissement donné ; et dans des conditions de pratique cliniques normales, les ressources consommées par chaque patient, comme par exemple :(le temps passé au chevet de chaque patient ; pour chaque membre du personnel, le prix de revient de chaque acte, le prix des consommables).Cela suppose que l'établissement dispose d'un outil de travail performant (comptabilité analytique et système d'information intégré) ; permettant de connaître le prix réel de chaque élément de coût.

10.9. L'approche Macroéconomique en Coûts Standards des Actes :

Elle consiste à dénombrer ; les durées de séjours passées par les différents services de l'hôpital, ainsi que les actes effectués pour un patient ; dans le acte d'un protocole donné, et à les valoriser à partir des coûts standards ; déterminés à partir d'une source externe (échelle de coûts externe).

a)-Le Coût médical net global :

Afin de permettre l'évaluation d'un coût médical net global ; associé à la mise en œuvre d'une procédure ou d'un traitement ; certaines conditions doivent être remplies :

- On retrace le parcours des patients, à l'intérieur et hors de l'hôpital, par la mise en place d'une enquête rétrospective sur un certain nombre de dossiers patients ou d'une enquête prospective.

b)-Pour la valorisation des événements cliniques ; deux méthodes sont employées :

La valorisation des durées par des prix de journée moyens : elle consiste à dénombrer les durées de séjour passées dans les différents services de l'hôpital retracé dans les dossiers d'un service, et à leur appliquer les tarifs des prestations journalières établies par les caisses de sécurité sociale contractualisées ; il est cependant clair qu'une telle méthode ne rend pas compte de la charge réelle de soins impliqués ;ou même de déterminer tel ou tel type de séjours (nature du séjour).

▪ La méthode de calcul du coût par pathologie :

Chaque événement clinique et intervention thérapeutique est reclassé dans un « GHM », auquel est attaché un coût. Cette méthode présente l'avantage considérable d'avoir une validité externe non contestable au vu des analystes et acteurs du marché des soins, car il s'agit au fait d'une base de coûts référencés. On ne peut dire pour le moment qu'elle ne permet d'évaluer que les coûts complets, cette objection est levée par le programme de médicalisation qui permettra d'estimer la part des coûts directs dans le coût global du (GHM). Les décisions en matière de politique de santé, l'analyse économique des procédures de soins, la gestion de l'hôpital sont basées sur des mesures d'activité comme le nombre d'entrées, le nombre de journées d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation des lits ou le volume global des actes para cliniques pratiqués (cotation des actes en : B, R, K, et Z). Ces paramètres ne tiennent pas compte de l'impact du recrutement (cas mix) de l'hôpital, c'est-à-dire d'un ensemble de caractéristiques des patients qui fait intervenir la sévérité de la maladie (la perte de fonctions et mortalité); ainsi que la difficulté du traitement (surveillance en soins intensif) et la nécessité d'intervention spécifique. De même les cotations ne constituent pas un indicateur fiable de l'activité; et ne peuvent rendre compte des durées de séjour. Ainsi une prise en charge d'un patient; pour un spécialité relevant du service Oto- ryno-larynx (ORL) à l'attention d'un sujet de 4ans (enfant) par exemple; est coté (K30 +30/2) et pour la réanimation (REK25 +25/2+10); soit au total (K92). Une appendicectomie chez un sujet âgé ayant une insuffisance respiratoire et complication (comorbidité) est coté (K50+ARE K25) soit au total (K75). Ces données purement administratives; ne peuvent à elles seules, rendre compte de l'activité médicale; et permettre une maîtrise des dépenses de santé en améliorant la qualité des soins. La maîtrise des coûts sanitaires suppose; une bonne connaissance de leur processus de formation, lié aux problèmes médicaux à prendre en charge. Elle implique la connaissance la plus exacte possible de l'état actuel de la situation (donc une information en amont et en aval bien étudiée) et l'estimation rationnelle des besoins. Il s'agit donc d'apprécier la formation des coûts en les rapportant à la pathologie, c'est-à-dire étudier et modéliser les processus de soins dans lesquels sont en interaction le malade, la pathologie, les pratiques de soins dispensées et les ressources utilisées qui peuvent être différentes d'un service à l'autre et d'un établissement à un autre. Pour permettre une dotation financière adéquate devant supporter le financement du service public, il s'agit donc d'accéder à la collecte d'indicateurs pertinents pouvant déterminer le volume des charges de fonctionnement et d'équipements de ces établissements. De ce fait cela facilitera les négociations entre tutelle et prestataires d'où s'impose la nécessité d'intégrer la méthode de calcul s'appuyant sur le système d'information devant aboutir à la description de l'activité: les groupes homogènes de malades.²¹⁵ Les variables descriptives du séjour sont relatives à quatre entités: le malade; la maladie, les pratiques médicales et la structure de soins. Elles constituent au fait le résumé de sortie Standardisé (RSS): voir un exemple reproduit dans ci-dessous:

²¹⁵ 1-la classification doit être opérationnelle, c'est-à-dire que le nombre de groupes homogènes de malades constitué ne doit pas être trop important. 2-Le nombre d'informations décrivant chaque patient hospitalisé ne doit être faible pour permettre un recueil des données plus ou moins exhaustif d'informations dans l'ensemble des services. 3-Chaque groupe doit être cliniquement cohérent. 4-Chaque groupe doit contenir des patients correspondant à un même type de consommations de ressources. 5-Le critère durée de séjour a été choisi comme mesure relative de la consommation de ressources en raison de la disponibilité de l'information permettant de le contenir. 6-La méthode associe cliniciens et informaticiens afin que la construction soit adéquate. La construction du GHM est réalisée en utilisation du programme AID (automatic Interaction Detector). Source: « chap.: Analyse et contrôle de l'activité médicale »-P.Degoulet et M.Fieschi-dans Informatique médicale -Ed. Masson-1996.

10.10. Le résumé de sortie standardisé :

Le document est considéré comme pièce maîtresse dans le calcul des coûts ; il comprend les informations suivantes : 1-Numéro de matricule de l'entité juridique de l'établissement. 2-Numéro du RSS.3-Année de naissance (patient).4-Sexe du patient.5-Numéro de l'unité médicale (ou service). 6-Date d'entrée du patient à l'unité. 7-Mode d'entrée dans l'unité. 8-Date de sortie de l'unité.9-Mode de sortie de l'unité. 10-Nombre de séances enregistrées à l'attention du patient. 11-Diagnostic principal.12-Diagnostic associé. 13-Actes classés effectués pour prise en charge du patient selon nomenclature.

▪ a)-Les informations du résumé de sortie standardisé : Concernent l'unité médicale qui est définie comme l'unité fonctionnelle, le service (centre de responsabilité) ou le centre d'activité (ensemble d'unités fonctionnelles), le nombre de séances concerne les soins itératifs (les séances de dialyse ou radiothérapie ou chimiothérapie par exemple). La classification qui fut obtenue comprend 472 GHM réparties dans 25 catégories majeures de diagnostic (CMD) elles correspondent au niveau premier de l'opération de segmentation de la classification .Nous reproduisons ci-dessus un exemple des critères de segmentation permettant de construire les CMD à partir des GHM. Les vingt cinq catégories majeures de diagnostic sont énumérées ainsi:

1-Maladies et affections du système nerveux. 2-Maladies et affections de l'œil et de ses annexes. 3-Maladies et affection des oreilles, du nez et de la gorge. 4-Maladies et affections de l'appareil respiratoire. 5-Maladies et affections de l'appareil circulatoire. 6-Maladies et affections de l'appareil digestif. 7-Maladies et affections du foie, des voies biliaires et du pancréas. 8-Maladies et affections du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif. 9-Maladie de la peau, du tissu cellulaire sous cutané et du sein. 10-Maladies endocrinienne, de la nutrition et du métabolisme. 11-Maladies et affections des reins et des voies urinaires. 12-Maladies et affections des organes génitaux mâles. 13-Maladies et affections des organes génitaux féminins. 14-Grossesse accouchement et suite de couche.15-Nouveaux nés normaux et autres nouveaux nés avec malformations. 16-Maladies et affections du sang, des organes hématopoïétiques et des troubles immunitaires. 17-Maladies myélo-prolifératives, tumeurs malignes et autres néoplasmes. 18-Troubles mentaux. 19-Maladies secondaires à l'utilisation des substances et troubles induits. 20-Traumatismes. 21-empoisonnements et effets nocifs des médicaments. 22-Brulures. 23-Facteurs influents sur l'état de santé et motifs de recours au service de santé. 24-Séances et Recours aux soins. 25-Groupes résiduels. A noter que la codification des diagnostics principaux et secondaires est effectuée à partir de la classification internationale des maladies éditée par l'OMS dans sa 9^e édition. La codification des actes s'effectue par , nature de l'acte (code des actes par nature), ainsi pour le recueil des actes deux organisations ont été expérimentées pour la confection des RSS :

b)-La codification centralisée : Elle est constituée, par une cellule d'experts ; qui a pour attribution de codifier les actes après collecte et centralisation des dossiers patients ; et introduisent les informations en machine.

c)-La codification décentralisée : Il appartient aux services médicaux ; d'opérer la codification avec concours des médecins traitants. Les résultats de cette expérience ; donnent approbation à la deuxième méthode car ; il fût souhaitable que l'information traitée soit opérée par le producteur lui-même .L'implication des médecins traitants dans le codage de leurs activités est un facteur important ; qui a pour conséquence l'analyse pertinente des résultats. Par contre le codage dit centralisé ; place le processus d'évaluation de l'activité en dérivation sur l'activité propre du service.

11. l'information Médico-économique.

11.1. La codification et ses aboutissements :

Elle permet d'obtenir un codage plus homogène .Après saisie des « RSS », un logiciel groupeur permet l'affectation des séjours dans les groupes homogènes de malades, leur répartition par unité médicale ainsi que l'édition de différentes statistiques. L'analyse de la distribution des durées de séjours très différentes à l'intérieur d'un « GHM » et la recherche des raisons médicales (ou organisationnelles expliquant les écarts).En fin de parcours l'analyse des « GHM » permet de comparer l'activité des différents hôpitaux ; compte tenu du case mix de chacun. Deux points de vue opposables sont constatés concernant l'évaluation de l'activité hospitalière, celui du médecin d'une part ; et celui de l'administrateur gestionnaire d'autre part. Il existe en effet une corrélation entre ; l'intérêt clinique des caractéristiques choisies pour décrire l'activité ; et leur traduction financière. Si l'on considère une pathologie ; qui affecte un patient en phase terminale ,le pronostic donc est classé très mauvais ; et donc le patient nécessite peu de ressources hospitalières ; en dehors des soins de base .Dans ce cas par exemple ; il ya cependant opposition de point de vue . La cohérence clinique d'autre part des « GHM »est relative ; du fait des cas cliniques ; pouvant être différents ; pour des médecins mais leur processus de prise en charge ; s'avère assez semblable. Aussi il est clair que ; si la pratique médicale est déterminante ; elle n'explique pour autant qu'une partie des ressources mobilisées. Autre remarque faite concernant l'application de cet outil de mesure ; c'est que l'on ne pourra appréhender qu'une partie de l'activité des hôpitaux ; car cela ne permet pas, de calculer le cout réel des longs et moyens séjours ; ni le coût des consultations Ces constatations ont conduit ; au développement de techniques complémentaires ; pour traduire les différents niveaux de sévérité des cas ,de nouvelles classifications furent proposées²¹⁶ .

11.2. Le « Disease Staging » :

Conçu à l'origine comme une classification de stades en oncologie, il a été étendu à l'ensemble des pathologies .La gravité est définie suivant l'organe atteint ,l'étiologie et la clinique .Son défaut principal est dû néanmoins ; à sa codification purement clinique ne dépendant pas de ressources mises en œuvre pour la prise en charge ;Le score « APACHE » est utilisé essentiellement en réanimation, il permet de classer les malades selon la gravité de leur état (24 heures) ; après leur admission pour traitement .Un niveau de gravité de l'affection ;est ensuite indexé et codé selon la nomenclature des maladies et des actes. Le mécanisme est inspiré du code « APACHE » ;il se résoud à quantifier ; la gravité du cas ; en fonction de paramètres comme ; l'état de conscience ou l'état hémodynamique du patient, avant le 3^o jour puis au 10^o jour ; dans le cas d'un séjour médical Les « Patient Management Categories »sont évalués au nombre de 800 ,ces classes sont principalement basées sur une approche statistique ; et constituent une alternative aux « DRGs », fondées sur la détermination des chemins cliniques empruntés selon la conduite diagnostique et/ou thérapeutique au cours du séjour hospitalier . Elle consiste à répondre, aux insuffisances en matière de classement de la gravité des cas ; elle se propose d'identifier, les associations particulières de diagnostics secondaires. C'est un groupe de diagnostics, qui devient déterminant ; pour l'affectation dans un « GHM ». De nombreuses méthodes ont vu le jour, les plus récentes tiennent compte de

²¹⁶ comme la gradation des diagnostics (Disease Staging (Calor 1987),le Score Appache (Knauss 1985),le CSI(Computerized Severity Index (CSI Horn 1983) ou pour mieux comprendre les groupes (Aronow 1988)ou les PCM 5Patient Management Catégories (Young 1982) ; le tableau ci-après représente quelques caractéristiques de ces différents systèmes .

problèmes physiologiques ou médicaux précis ; sans considération du poids des maladies chroniques concomitantes , ni le problème du patient dans son ensemble .

Désignation	CSI	DS	Médis	PMC
Coût de recueil des données	Important	Faible	Important	Faible
Classement des patients	Atout moment	A la sortie	A tout moment	A la sortie
Nombre de groupes	10000	400	67	840
Nombre de stades de gravité	4	4	4	1

Tab.3 : Comparaison de quelques systèmes de mesure de gravité d'après Arrow-1988.²¹⁷

11.3. L'évaluation de l'activité « Médico-économique »:

-Le système Français adopte la classification des DRG ; en créant la classification GHM seulement l'adoption du paiement prospectif n'avait pas encore été faite .L'objectif du (PMSI) institué en 1982 ; servait alors à définir les activités de l'hôpital ; afin de moduler les allocations de ressources (budgets notamment) .C'est au fait un système qui permet de mesurer la production hospitalière médicale ; produite par les institutions et établissements prestataires de soins , et ainsi adapter cette production médicalisée ; à la rémunération des producteurs de santé .Le programme repose au fait sur la nomenclature des groupes homogènes de malades ; qui permet de classer les séjours hospitaliers dans des groupes ; présentant une double homogénéité en terme médical et économique. L'homogénéité des groupes est économique ; dans un premier temps ;la logique médicale ne venant que secondairement .

a)-Le système d'information Hospitalier :²¹⁸ Le système d'information hospitalier, peut être défini comme un ensemble de procédés informatiques ; ou moyens de communications traditionnels, qui concourent à la gestion d'une structure ; en l'occurrence L'hôpital . Etant donné que l'institution hospitalière est conçue, comme une entité de production de soins ; il devient nécessaire de décrire et de quantifier cette production. Nous reproduisant ci contre un schéma qui décrit l'impact du « PMSI » ; dans la structuration de la fonction de production hospitalière. Le système d'information hospitalier représente le système nerveux de la structure hospitalière ; il correspond à la façon dont il doit recevoir ,traiter et stocker l'ensemble des informations nécessaires ,à la réalisation et l'analyse de son activité .le système d'information dans les structures de soins , s'avère indispensable ,de ce fait il génère des informations complexes et très coûteuses .Le stockage des informations tel qu'il est adapté ; au sein des structures hospitalières Algériennes ; est basé sur la méthode classique , à savoir le recours au « dossier papier » .Cette pratique présente en effet des inconvénients , que nous citons à travers quelques remarques : Le dossier papier est lourd sur le plan volume ; Le risque pour le dossier d'être égaré ou détruit ; Le transport des documents entre unités et services s'avère lent. L'absence de partage de l'information, contenue dans le dossier (ne peut être consultée que par une seule personne à la fois). L'avantage du système d'information hospitalier lorsqu'il existe ; permet de réduire le volume physique des documents ; d'accélérer l'accès à l'information et de manière continue ; et incite à la diminution du coût de stockage .Les

²¹⁷ DS :disease staging-CSI : Computerized severity Index-PMC :Patient management Categories-MEDIS :Medical Illness Severity-: Analyse de l'activité médicale à l'hôpital (pp.191) –P.Degoulet et M.Fieschi-Masson -1996.

²¹⁸ Source documentaire : 1-« Systèmes d'informations hospitaliers »Chap.14-P.293 à 327-dans : « Informatique médicale-François Grémy-Ed. Médecine-Sciences-1987. 2/Chap.6 « systèmes documentaires et banques d'informations » -P. 81 à 90 ; dans « Informatique Médicale » ; P.Degoulet et Fieschi-E. Masson -1996.

informations acquises par le biais du « SIH »²¹⁹ seraient consultables simultanément, et par la même la réutilisation des données à d'autres fins que le patient seraient possible par l'ouverture de nouvelles lignes d'accès à la communication. Un système d'information doit répondre ; à des objectifs hétéroclites. Cette spécificité est due ; à la segmentation du monde médical qui sous tend une opposition, entre les applications verticales, horizontales du monde hospitalier. Le système d'information tel qu'il doit être conçu ; doit jouer un rôle dans l'intégration de la corporation extérieure par : 1-Par la constitution de réseaux inter-hospitaliers, rattachant les structures de soins et administratives aux réseaux d'assurances sociales (Health Information Système). 2-Par la connexion à des réseaux de recherches universitaires. Notons par ailleurs ; que les structures de soins algériennes furent dotées dès l'année (2003) ; d'équipements et logiciels informatiques permettant d'asseoir ; le réseau de communication médico-administratif, et dans l'objectif de rendre opérationnel le programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Le système d'information hospitalier peut recourir donc à plusieurs domaines d'application, une approche administrative (SIA) et une approche médicale (SIM). On peut considérer ; que le système d'information dans le domaine hospitalier présente ; une modélisation de type entreprise, il s'apparente à ce modèle par rapport à : -la bureautique administrative, à la technique de gestion utilisée en matière de gestion du budget (comptabilité analytique et budgétaire), à la gestion des ressources humaine ; des magasins ou encore du plateau technique. Le système d'information doit obligatoirement s'attacher aux fonctions suivantes : La bureautique médicale (comptes rendus – dossiers médicaux) ; La gestion technique des laboratoires ; La gestion des équipements radiologiques et exploratoires ; L'aide aux diagnostics et à la thérapeutique (protocoles et ordonnances) ; La gestion des alertes (incompatibilités médicamenteuses...) ; La gestion des stocks de pharmacies et des consommables ; La gestion des planning de rendez vous, de consultations et d'hospitalisation ; Les statistiques et données de recherches. C'est dans cet objectif précis que le « PMSI : programme de médicalisation du système d'information » a été réalisé dans les hôpitaux. Les « SIA et le SIM »²²⁰ représentent deux perceptions de représentations antagonistes mais toutefois complémentaires. D'une part, une appréhension strictement administrative et hôtelière, qui aurait pour référence : « le séjour du patient » ; d'autre part les prestations d'actes l'unité de référence serait le diagnostic ou l'acte médico-chirurgical. L'objectif assigné par les pouvoirs publics Algériens, étant la réalisation d'un modèle « PMSI » en tenant compte de plusieurs paramètres à savoir : Les moyens humains et matériels (formation des ingénieurs en informatique médicale) ; La sensibilisation des partenaires économiques et sociaux (prestataires et demandeurs de soins) ; La formalisation du consensus politique et social ; qui permettrait de faciliter l'instauration du système. Par rapport à cet objectif ; un observatoire de la santé fut créé au niveau de chaque région ; pour collecte et analyse des statistiques d'activités des établissements sanitaires. L'observatoire ayant pour rôle aussi de superviser ; la budgétisation des programmes sanitaires nationaux, conçue sur la base des indices et paramètres de gestion sanitaires et sociaux, tels que le taux d'occupation moyen et la durée moyenne de séjour le taux de rotation des lits, le prix de journée moyen, le coût de prise en charge des patients.

²¹⁹ SIH : Système d'information hospitalier : « Peut être défini comme un système informatique destiné à faciliter la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives de l'hôpital et aidant à améliorer la qualité des soins distribués ». Cap.7 : Systèmes d'information hospitaliers – Informatique médicale-P. Degoulet et Fieschi-2^e Ed. Masson-1996.

²²⁰ SIA=système d'information administratif-SIM=Système d'information médicale.

1-Fonction production Technique	Moyens	personnels Equipements
2-Fonction production Médicale	Activités	journées B,K,Z.. Alimentation
2-Fonction production médicale	Produits	Diagnostics GHM
3-Efficience	Résultats	Etat de santé de la population

Tab.4 : Le Modèle de la fonction de production d'un hôpital.

b)-Afin de réaliser sa production technique ,l'hôpital dispose de moyens en personnels, et en équipements ,la mesure de l'activité fut longtemps évaluée à partir, d'indicateurs non médicalisés : nombre de lettre clés DMS(durée moyenne de séjour ; nombre de repas servis (médecin –hôpital) et le payeur (les assurances privées et publiques).Pour pallier à la problématique de l'accroissement sans cesse, des dépenses de soins ; Il s'agit au fait de mesurer les diagnostics ,les actes médico-techniques, ou encore des groupes de maladies, ayant les mêmes spécificités .La fonction de production peut être encore mesurée, en terme de coûts ; qui représente l'ultime étape décrivant le résultat ; en termes de santé de la population .Pour ce faire ; il est néanmoins impératif d'utiliser les moyens les plus appropriés, et de la manière la plus rationnelle possible.

L'installation du PMSI ; dans les structures de santé publiques notamment, ainsi que privées résulte de la volonté des pouvoirs publics ; d'améliorer le système de soins , tant sur le plan de la gestion des ressources, que sur le plan de prise en charge, de la santé de la population .Eu égard aux expériences vécues antécédemment, par les systèmes de soins européens ; il ya lieu de noter que le PMSI , a été le résultat réfléchi , d'un long cheminement et qui fût une proposition à tant de questionnement ; d'une part justifié par une forte expansion des dépenses de santé , d'autre part pour des raisons d'ordre structurelles ; liées aux modes de financement des structures.

Pour ce qui concerne l'augmentation des dépenses de santé, ce paramètre est presque commun à tous les pays du fait de l'accroissement de la demande ainsi que la multiplication des structures dues à la forte natalité pour les pays en voies de développement et l'industrialisation et le vieillissement de la population (occident) pour ne citer que ces deux paramètres. L'approche économique est caractérisée par le fait que ,le décideur n'est pas consommateur, et où le consommateur de soins est souvent ignorant, de son besoin de santé et où le payeur n'est ni prescripteur, ni consommateur (les assurances et bailleurs de fonds) .Cette relation met en évidence l'Etat ; qui est le décideur ;le consommateur (le citoyen) ; le prescripteur (l'offreur de soins) .Des solutions peuvent être étudiées , notamment sur le plan de la maitrise des dépenses ; nous évoquons quelques unes : 1-en agissant sur le prestataire ; l'incitant à la maitrise de l'activité tout en préservant au maximum la qualité des soins. 2-Une augmentation du taux des prélèvements obligatoires pour les producteurs ayant une rentabilité appréciable (Assurances). 3-en agissant sur le portefeuille des consommateurs en lui faisant supporter une part de cotisation proportionnelle à ses revenus (charge à supporter). 5- Une participation indirecte des ménages (impôt de solidarité). 6-en instruisant les hôpitaux à présenter des cahiers de charges ; et des contrats d'objectifs .7-La création des agences de contrôle, d'évaluation et de péréquation des dotations budgétaires (inexistantes en Algérie); à l'exemple des agences régionales d'hospitalisation (cas européen): elles ont été créées ; dans le but de répondre aux objectifs assignés dans les programme de réforme des systèmes de santé .Cette nouvelle

réforme vise comme objectif essentiel : la maîtrise des dépenses de santé ; d'aider les hôpitaux afin de s'y adapter aux nouvelles techniques ; ainsi qu'aux besoins de la population. Néanmoins, les dites agences régionales d'hospitalisation ont connu quelques contraintes ; bien qu'elles furent dotées de moyens et de prérogatives de tutelle lui permettant de faire pression sur ses partenaires Dans un premier temps ; les hôpitaux ne pouvaient pas suivre la cadence imposée par la réforme du fait ; qu'il était question de moderniser les structures en équipements ; dans le but de réduire les durées de séjours ; qui furent constatées sans rapport ; avec l'évolution des dépenses , dans le secteur public essentiellement. En Algérie cependant ; on enregistre dans le cadre de la réforme ; une initiation au même processus ; avec l'institution des agences régionales dans le cadre du programme d'intégration des outils nouveaux de gestion des structures de santé publiques (observatoires régionaux de santé) qui ont pour rôle de confectionner des statistiques et collecte de l'information d'ordre clinique ; essentiellement pour recenser les besoins ; d'où nécessité d'agréer ces observatoires pour d'autres tâches telle ; l'évaluation Médico-économique qui demeure l'axe principal . La tutelle veille à travers ce nouveau programme ; à la réorganisation et à la dotation des structures de base ; en moyens humains (spécialistes, paramédicaux, ingénieurs) et matériels (équipements et appareillage biomédical) ainsi qu'un investissement assez conséquent a été consenti pour la formation des effectifs dans le but d'accéder aux nouvelles technologies.

c)-Les objectifs de l'implantation du PMSI (le programme de médicalisation du système d'information) :

1-Le réseau d'information (PMSI) : permet particulièrement ; la connaissance des coûts par le biais des activités qu'entreprend la structure hospitalière ; oriente à la restructuration des hôpitaux en fonction des activités ; le redéploiement des moyens humains, matériels et financiers en fonction des activités. (dans le cadre de la spécialisation).Les établissements dans le cadre du contrôle de gestion ; sont contraints à l'amélioration de leur productivité, par effet de stimulation financière : (Intéressement, primes.) ; ainsi que par contrainte d'allocation de ressources .Les services hospitaliers qui s'avèrent non rentables seraient appelés à se reconvertir les ressources humaines redéployées ; et les moyens financiers réaffectés pour des besoins indispensables. En Europe (France et Belgique à titre d'exemple), les budgets des établissements étaient modulés , c'est-à-dire valorisés en fonction de l'activité produite, recensée à travers un indicateur global : le point d'indice synthétique d'activité (ISA).L'indice d'activité se substitue aux taux directeurs qui furent utilisés précédemment , pour la dotation budgétaire annuelle globale .Cet indice est au fait un indicateur de poids ; ou plus précisément de pondération ; il évolue cependant en fonction du volume d'activité d'un établissement .Cet indice est calculé chaque année ; par l'agence régionale des hôpitaux ; selon une étude nationale des coûts, et fait ressortir le coût de chaque « GHM » projeté par le « PMSI » de chaque région .Globalement l'évaluation du coût du GHM repose sur l'imputation maximale de ressources consommées par nature de « GHM » ; ce GHM regroupe : les charges de personnels ; les consommables et médicaments ; les actes Médico-techniques (laboratoires, radiologie , explorations...) ; les prothèses et implants ; les charges de logistique et d'hôtellerie dispensés pour les patients .Cette opération de collecte de l'information tend à rapprocher les charges des « séjours produits par les établissements » .L'étude nationale des coûts est basée sur un échantillon d'hôpitaux reproduisant une échelle allant de 100 à 200 structures de santé publiques et privées .Cette étude est basée sur la collecte d'information médicale (GHM) donc les séjours ainsi que les données comptables. L'ensemble des coûts de séjours produits par les établissements participants à l'étude pour la détermination des « GHM » ; permet d'établir le coût des séjours .L'ensemble des

coûts moyens de tous les « GHM » est transformé en points par application de la règle de trois à partir d'un « GHM » de référence ; chaque « GHM » est annexé à une valeur pivot ; fixée en « N » nombre de points « ISA ». Pour parfaire son application et maximiser son niveau de rentabilité La correction des logiciels et les groupeurs ;est effectuée en permanence ; afin de permettre une bonne affectation des charges, dans la répartition des séjours.La colonne vertébrale du programme est représentée par : le « GHM » (les groupes homogènes de malades) ; le résumé standard de sortie(le RSS) ; l'algorithme du groupage. La classification est représentée par le regroupement des séjours en groupes de malades, ce rangement est exhaustif et unique de l'ensemble des séjours (MCO), dans un seul et unique (GHM).Le « GHM » exprime un produit (séjour) Médico-technique ; doublement homogène d'une part médicale, renvoyant aux pathologies d'autre part économique, exprimant la consommation des moyens, des journées produites, des actes Médico-techniques, c'est ainsi que le schéma reproduit par le programme récence une classification comprenant 24 CMD et 3 CM, le nombre de GHM est évalué à 59.

2-Un séjour hospitalier : peut être construit d'un ou plusieurs séjours dans des services de soins .Chaque séjour effectué dans un service est reproduit à travers (un résumé d'unité médicale : le RUM) qui va constituer la RSS (résumé standard de sortie). Le patient peut avoir consommé plusieurs séjours dans plusieurs services, dans ce cas la somme des RUM (résumés d'unités médicales) constituera la RSS(le résumé standard de sortie).Les RSS d'un établissement sont traités par un logiciel groupeur opérant selon des tables uniques reproduisant les éléments de codification pivotées par une échelle nationale .Le logiciel permet de classer le séjour dans des catégories (CMD et CM) ensuite il effectue un versement vers le « GHM ».Le résumé standard de sortie : collecte les informations médico-administrative qui sont réparties en trois groupes ; administratives ; informations médicales ou diagnostiques.²²¹

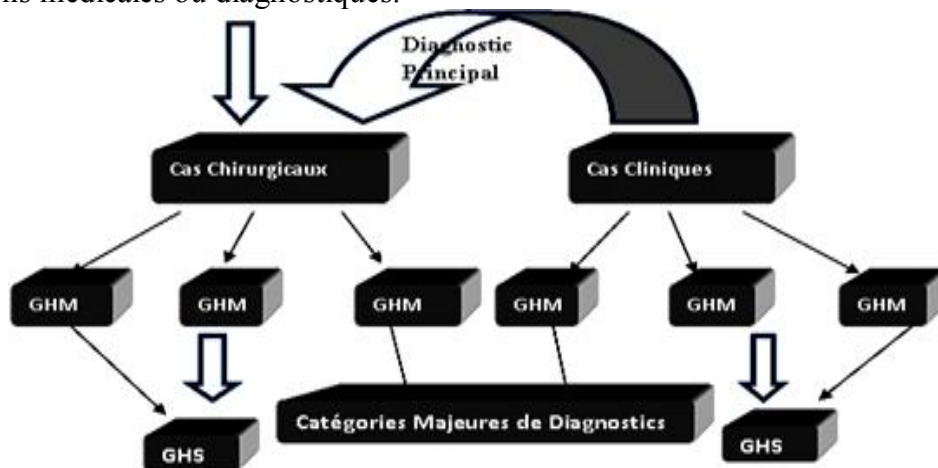


Figure.10 : Principe de la classification en GHM et GHS²²²

²²¹ Le diagnostic principal ; le diagnostic relié et le diagnostic associé (actes d'explorations rattachées)-les diagnostics documentaires facultatifs : servant à préciser la description de l'état du patient : l'indice de gravité pour les malades admis en réanimation ; les actes Médico-techniques reproduits à travers le catalogue des actes médicaux (CdAM) .Chaque acte est doté d'un indice de coût relatif (ICR) qui définit son poids relatif par rapport aux autres actes ,à titre d'exemple un acte à coefficient 30 est économiquement 6 fois plus coûteux qu'un acte à ICR =5 .Les hôpitaux de France et de Belgique et Quelques autres pays européens furent amenés à modifier leurs nomenclatures pratiquement tous les trois ans , l'objectif étant de définir une classification homogène permettant de tarifier les prestations.

²²² « Analyse et contrôle de l'activité médicale ; P.Degoulet/ M. Fieschi- p.190

III. Conclusion du chapitre II.

On notera toutefois que les CHU (hôpitaux universitaires algériens) et EHS (les établissements hospitaliers spécialisés) ; malgré les contraintes imposées par le système organisationnel qui demeure inadéquat ; dispensent une offre de soins plus ou moins appréciable ; à comparer l'état de santé de la population actuelle par rapport aux vingt dernières années .Cependant le système de santé Algérien ; devra s'inscrire par rapport à l'évolution des systèmes de santé dans le monde avec la mise à niveau des établissements (carte nationale sanitaire) et la refonte du mode de prestation sur le plan organisationnel et structurel à savoir : L'instauration d'un système d'information proche du « PMSI » ayant pour objectif ; l'évaluation des coûts Médico-économiques ; en prévision de l'adoption du système de contractualisation . Ce système d'information médicalisé préconisé ; aura à produire plusieurs avantages notamment dans le domaine de la gestion des coûts ; la détermination des prix de revient ; ainsi que l'élaboration des programmes prévisionnels ; ce programme aide , par ailleurs à l'utilisation rationnelle des ressources ; qui pourrait se traduire par ; notamment la réduction réduction des séjours ; le respect des schémas thérapeutiques protocolaires et autres avantages liés à la maîtrise de la gestion dans son ensemble. On rappellera que la politique de spécialisation des unités et des structures, à titre d'exemple ; permet d'agir sur les effets de déperdition dans la prise en charge des patients .La connaissance du produit hospitalier reste cependant , sujette à des instruments difficilement maîtrisables .Les dernières études effectuées sur le mode de comptabilisation des coûts hospitaliers. ; mettent en relief les dépenses par «centre de responsabilité ; et proposent une nouvelle démarche de la comptabilité analytique répartissant les dépenses en « cinq formations distinctes »: (administration, hôtellerie, examens radiologiques, soins et formation), et ensuite ériger un système de tarification reposant sur la nature des maladies et non les coûts réalisés. Ce qui revient à recenser ; le maximum de pathologies répondant aux mêmes critères d'évaluation. L'adoption donc du programme de médicalisation sera la réponse à beaucoup de contraintes ; encore faut il que le personnel tous corps confondu soit initié au programme. Le programme représente donc ; un système permettant une allocation budgétaire corrélée à l'activité réelle des hôpitaux ; à celle des prestataires des services de soins d'hospitalisation ; ainsi qu'avec l'ensemble des partenaires économiques et sociaux en rapport avec l'organisation du système de santé. L'organisation hospitalière doit permettre de réunir et de mobiliser les moyens appropriés. Ces moyens, tant matériels qu'humains, sont à la fois de plus en plus spécialisés et coûteux .Dès lors on peut se demander si la structure actuelle de l'établissement public, hospitalier national ; telle qu'elle est configurée actuellement ; permet de parachever, le programme de réforme, décidé par les pouvoirs publics ; dans les meilleures conditions.

Conclusion partie une :

Quelque soit le système adopté par un pays ; il n'en demeure pas moins que les avis des citoyens (consommateurs de soins) varient énormément. De plus les concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé semblent être moins maîtrisés, tant par les usagers du système de santé, que par les gouvernants. Les réformes actuelles en matière de sensibilisation de la population visent à impliquer le citoyen dans la gestion de leur propre système de santé ; ce qui n'est pas le cas des pays en voie de développement. Par ailleurs, les systèmes de santé européens développent leurs programmes de santé autour d'une politique de santé préventive, ce qui veut dire ; le renforcement des soins de base. Actuellement s'agissant du concept « santé publique », la Santé n'est plus considérée uniquement comme « non-maladie » mais elle comporte d'autres axes tels que : la prévention ; l'environnement ; les questions de société ainsi que le financement des coûts relevant de la Santé. La réduction des inégalités d'accès aux soins étant l'objectif fondamental et prioritaire de nombreux programmes, plans et ou politique nationale et de ce fait le processus d'évaluation des moyens et la qualité des soins demeure indispensable. Aussi, par manque d'évaluation des programmes et des budgets de santé, la prise de décision est rendue difficile à l'échelle des gouvernants quant aux moyens à mettre en œuvre et au choix des priorités et stratégies opérationnelles à adopter.

Le problème de l'accroissement des dépenses de Santé, à l'heure de la crise mondiale actuelle face aux nombreuses contraintes de financement ; provoquant un déséquilibre des budgets et des caisses de sécurité sociale suscite un bon nombre de questionnements à savoir : quelle réforme doit on adopter afin de garantir l'accès aux soins à l'ensemble de la population à moindre coût ? quel serait le modèle « standard » le plus performant à instituer au vu des disparités politiques, sociales, économiques et culturelles que peut proposer l'organisation mondiale de la Santé (OMS) à l'attention des gouvernants au niveau international ? du point de vue du financement , peut on cibler un pourcentage de la PIB (produit intérieur brut) permettant de supporter les coûts de Santé . Quel doit être le degré de socialisation de son financement ainsi que les mécanismes permettant de répartir les charges et de façon équitable sur les financeurs ainsi que la définition de la part de participation des ménages si l'on a à considérer le désengagement de l'Etat (dans certains pays tant du sud que du nord) au profit des caisses de sécurité sociales et des pourvoyeurs de fonds non-étatiques. S'agissant des réformes entamées partout dans le monde , il est clair que les pouvoirs publics devraient donner beaucoup plus d'autonomie de gestion aux institutions hospitalières visant à l'introduction de méthodes nouvelles de gestion propre aux techniques de management hospitalier avec actualisation des programmes et logiciels de gestion intégrée (implantés au sein des structures de santé Européens et Amériques du Nord , Australie et quelques pays d'Asie et d'Amérique Latine). La redéfinition des établissements hospitaliers et leur adaptation aux normes universelles en matière de gestion administrative et financière sachant que les établissements de santé ; dotés de l'autonomie financière auront plus à s'orienter vers la politique de « contrats d'objectifs » parrainée par les pouvoirs publics (Ministère de la Santé). Sur le plan de l'organisation ; La reconstitution de la carte sanitaire ainsi que la normalisation des effectifs est supposée réduire les inégalités dans la répartition des ressources humaines et matérielles entre les régions. Le passage d'un système traditionnel qui avait pour caractéristique le financement des structures à un système de financement des activités nécessite au fait le renforcement des procédure de contrôle et d'évaluation des coûts par l'institution « d'agences » ayant comme attributions : l'orientation des programmes de Santé , l'évaluation des coûts des activités ainsi que la production des indicateurs de gestion.

A propos du pilotage des coûts ; la deuxième partie consacre deux chapitres aux méthodes de gestion moderne pratiquées dans les hôpitaux européens et c'est ainsi que nous avons pris comme exemple l'expérience Belge et Française en matière de pilotage des coûts hospitaliers drainés par le programme PMSI (le programme de médicalisation du système d'information).

PARTIE II

**Le pilotage des coûts hospitaliers par le PMSI
et études de cas.**

CHAPITRE III

**Le Contrôle de gestion adapté aux structures
de santé piloté par le programme PMSI (le
programme de médicalisation du système
d'information)-L'expérience Belge et
Française.**

Introduction de la deuxième partie :

L'appréciation des coûts hospitaliers dans les systèmes de Santé sur le plan universel, trouve son origine grâce à l'évolution des technologies de l'information et l'adoption par les structures de Santé des programmes et logiciels spécialement conçus pour la gestion hospitalière. Dès les années 1975, la combinaison des classifications basées sur les diagnostics avec les classifications basées sur la « quantité de ressources consommées par les cas traités » ; donna naissance au système DRGs (Diagnosis Related Groups), ce qui représenta sans doute l'instrument de la politique de financement des hôpitaux aux Etats Unis dans un premier temps. Vers les années soixante ; le procédé fût repris par plusieurs pays occidentaux. Progressivement plusieurs pays Européens ont intégré les DRG ou leurs équivalents dans leur système de financement ; l'on peut citer : les GHMs Français ; les HRGs Britanniques, les AR-DRGs Australiens. Ce procédé d'évaluation fût admis donc comme principal outil dans la tarification des pathologies par les établissements de santé ; pour certains il est officiellement adopté comme instrument de mesure principal du poids Médico-économique des pathologies (France et Allemagne).

Avant l'apparition de la classification DRGs ; et par manque de disponibilité de données de coûts ; la variable qui fût utilisée dans un premier temps était la « durée moyenne de séjour » elle est calculée sur la base du nombre de jours consommés par un patient dans un service d'hospitalisation et pour le traitement d'une pathologie donnée. Le système de tarification qui est basé sur la nature et la spécificité de la pathologie est fondé sur l'existence d'une échelle de coûts. La construction d'une échelle de coûts significative suppose l'existence d'une comptabilité analytique hospitalière standard, un système d'information intégré ainsi que l'engagement de l'ensemble des établissements de santé à l'élaboration et la production des données (médicales, comptables, financières, économiques et autres...). Certains pays ont eu recours à l'importation des « échelles de coûts » de l'étranger ; c'est le cas du Portugal qui s'est contenté de reprendre l'échelle des « Costs-Weights » de l'Etat Américain de Maryland. Par contre La France, la Belgique ou encore l'Allemagne ont dû construire leurs échelles de coûts à partir de données nationales tout en s'inspirant de modèles étrangers. En France ; deux échelles de calcul sont appliquées pour la détermination des tarifs hospitaliers ; la première échelle concerne les hôpitaux publics et établissements assimilés ; la deuxième concerne un échantillon d'établissements privés à but lucratif délimitant des tarifs sur la base de données historiques indépendamment des coûts recensés. L'échelle de coût en fait sert à déterminer les GHS ou (groupes homogènes de séjours) qui représente un « forfait » ou tarif regroupant le poids médico-économique d'une prestation. Le rattachement des GHM aux GHS est opéré grâce à une table de correspondance permettant de rapporter les coûts aux tarifs correspondants. Concernant la Belgique ; le choix de l'implantation du système (DRGs) vers les années 70 fût justifié par le fait que l'expérience américaine avait été jugée satisfaisante à cette époque alors même que la France envisageait d'introduire le même système chez elle. En Belgique ; le financement des hôpitaux (en cours de modification) est basé essentiellement sur la durée de séjour, calculée sur base des DRGs²²³. L'introduction d'un système de forfait fût adopté par la suite afin d'aboutir à l'extraction d'une moyenne dégagée à partir des actes médicaux prestés, valorisés sur la base des montants tarifaires conventionnels.²²⁴ Aux d'un Etats Unis, Medicare a entamé l'usage d'un système de Ratios (Cost to Charge Ratio) ; il s'agit par le biais de cette méthode de calculer le coût d'une prestation à partir d'une « charge globale ». A titre d'exemple, si le coût global d'un service hospitalier est connu ainsi que le montant facturé

²²³ Durand et Al, 2002.

²²⁴ Loi Belge sur la tarification des prestations hospitalières décrivant les DRGs (22/08/2002).

pour l'activité, on peut par conséquent déterminer le coût de l'unité de prestation produite par ce même service par une simple division, et l'on obtiendra en effet un Ratio (RCC); par la suite en appliquant ce (RCC) au prix de chaque acte produit par ce service, on obtient le coût approximatif de la prestation rendue.²²⁵L'on fera remarquer que pratiquement, toutes les méthodes en cours d'utilisation à l'échelle universelle impliquent l'existence d'une comptabilité analytique qui a pour charge de reproduire avec ou sans détail les prestations et services attribués à chaque patient. Le principe de ces méthodes repose sur trois étapes; la première concerne le découpage (architecture) de l'hôpital en sections reproduisant autant que possible l'organisation de l'institution: et l'on distingue à ce titre les sections principales celles qui génèrent (des revenus) et les sections de soutien (auxiliaires) dont la mesure s'effectue en unités d'œuvres adaptées à la nature de la production de la section (ex: section ressources humaines qui admet comme unité d'œuvre, le nombre d'agents...). La deuxième étape concerne l'opération de répartition primaire et secondaire; il s'agit soit d'effectuer un imputation des coûts directs, soit des charges indirectes qui seraient réparties entre les différentes sections de l'organisation avec usage de clés de répartition. Cette étape est finalisée par une répartition secondaire qui est concrétisée par une ventilation des sections auxiliaires sur les sections principales. Ce système étant appelé communément « Step Down Method) ou système de répartition progressive ayant fait l'objet de nombreuses critiques comme par exemple: les unités d'œuvres servant à la répartition des coûts des sections auxiliaires ont le plus souvent un caractère arbitraire impliquant à cet effet une relative imprécision dans la répartition secondaire. La faiblesse de l'architecture comptable implantée dans les hôpitaux fait que les charges sont incorrectement attribuées aux sections; ou encore certains gestionnaires optimisent le nombre de sections dans le calcul des coûts de façon à optimiser le maximum de remboursements dans le cas où la comptabilité n'étant pas réglementée. Cette étape a pour objectif de répartir le coût des sections principales sur les prestations qu'elles produisent; c'est la phase la plus complexe car cela suppose l'existence au sein de l'organisation un système recueil et de traitement des données performant. Enfin l'ultime étape consiste à déterminer le coût des « séjours hospitaliers » ou « clinical costing »; il s'agit en effet de valoriser les coûts des prestations rendues pour les patients ayant séjourné à l'hôpital; par la suite ces coûts de séjour sont validés selon la nomenclature des diagnostics et la catégorie des procédures ou des traitements. A travers cette deuxième partie nous nous contenterons de présenter quelques études de cas, faisant référence à quelques règles comptables de base en usage dans les hôpitaux utilisant des programmes de gestion évolués tel le PMSI. (Programme de Médicalisation du Système d'Information).

²²⁵ Hayman JA, Lash KA, Tao ML, Halman MA. "A comparison methods of estimating the technical costs of external beam radiation therapy – May 2000.

Nous présentons à travers ce présent chapitre ; les objectifs et la nature du contrôle de gestion à l'hôpital et en seconde partie ; nous apportons quelques appréciations sur l'utilisation du système d'évaluation de la production hospitalière « DRG » s'agissant de l'expérience Belge ; dont l'étude avait été abordée par Dr. Magali Pirson ¹⁴⁶ à travers sa thèse et dont nous en reproduisons une synthèse des conclusions auxquelles elle a abouti. Parallèlement ; nous nous sommes inspirés ; des données théoriques et des outils , qui furent élaborés dans le cadre d'une étude réalisée par des experts du département du contrôle de gestion de l'AP-HP (assistance publique et hôpitaux de France), afin de mettre en relief l'expérience Française dans ce domaine .Il est à préciser que la mise en place des procédures du contrôle de gestion qui pourraient être appliquées dans un hôpital , dépend du système d'information à mettre en œuvre. Il s'agit en effet d'élucider la méthodologie mise au point ; par les économistes de la santé et experts médicaux , pour le suivi et l'évaluation des activités ; entreprises au niveau des hôpitaux publics .A noter que nous ne pouvions transposer cette étude vers nos établissements de santé ;en dépit de leur faible niveau de structuration ainsi que de l'absence d'un système d'information médicalisé .Nous souhaiterions par ailleurs ; par le biais de ce présent chapitre, aborder les principes et fondements théoriques ; ayant mené à la modélisation du système de gestion , d'évaluation et de contrôle des coûts hospitaliers au sein des structures de santé Françaises qui elles mêmes ont dû s'inspirer à travers leur évolution d'autres systèmes et modèles de pays européens tel que (Belge et suisse) et initialement , celui des Etats Unis d'Amérique (USA).¹⁴⁷

I. Introduction du chapitre III:

Les difficultés auxquelles font face ; les hôpitaux publics et privés ; nationaux ou étrangers sont telles que ; les dépenses ont une tendance naturelle à progresser plus vite que les ressources de financement .C'est ainsi que les dépenses d'hospitalisation progressent à un rythme comparé à celui de l'évolution de la richesse mesurée par le produit intérieur brut ²²⁶.Pour conserver à la fois une politique de qualité des soins prodigués ; et une politique de recherche médicale , compte tenu de la contrainte budgétaire , il importe de procéder à l'analyse fine de l'adéquation des moyens attribués à chaque type d'activité hospitalière .Les métiers de la santé évoluent rapidement à savoir : apparition de nouveaux protocoles de soins générées par les pathologies ; et qui contribuent à alourdir les dépenses .Dans ces conditions il est nécessaire ; de suivre de très près ces dépenses , afin que des décisions d'ajustement , soient prises dans les meilleurs délais. C'est ainsi que dans le but de réaliser cet objectif majeur, les autorités de pilotage des hôpitaux Français ont institué au niveau de chaque hôpital un département de contrôle de gestion , une structure qui ne trouve pas son équivalent dans le système de santé Algérien .Nous faisons remarquer par ailleurs que les établissements publics nationaux (EPSP-EHS-CHU-EPH)²²⁷ espèrent accéder à ce type d'organisation ; dans le cadre de la réforme structurelle envisagée ; avec l'instauration du système de contractualisation .Les attributions de ce département peuvent se résumer comme suit : trouver des indicateurs, d'aide à la définition des modalités d'allocations des moyens.- induire une démarche décisionnelle ; de meilleure utilisation des moyens dans les services gestionnaires. La démarche du contrôle de gestion obéit à des étapes correctement établies :-La première étape

²²⁶ Soit 5% pour les dépenses d'hospitalisation et 3,3% pour le P.IB. Période 1990-1995 France comptes nationaux de santé ministère du travail et des affaires sociales Français -1995-

²²⁷ EPSP :Etablissement de Santé de proximité-EHS :Etablissement Hospitalier Spécialisé –Centre Hospitalier Universitaire :CHU-et EPH : établissement public Hospitalier.

consiste à décrire les activités d'un organisme aussi complexe, que celui de l'institution hospitalière à l'aide du plan comptable analytique ; qui permet de définir la structure et l'organisation de l'hôpital ²²⁸. Il convient ensuite de subdiviser chacune de ces quatre fonctions en différents niveaux, correspondant à autant de degré homogènes des activités réalisées. Ainsi, la logistique est subdivisée selon les activités principales dites, activités majeures de la fonction (niveau 2 du plan des comptes que sont (énergie, nettoyage, blanchissage, restauration, entretien etc.).-Une activité quelconque peut être subdivisée, ou partagée selon les activités principales, dites activités majeures de la fonction classée au niveau (2) du plan des comptes et secondaire (sous division du compte). L'activité maintenance peut être divisée en deux sous activités ; maintenance des locaux et maintenance des équipements .De même pour la fonction médico-technique, le découpage en activités majeures (niveau 2 du compte) identifie les services de laboratoires, les blocs opératoires, les explorations fonctionnelles etc....L'activité laboratoire est elle-même, subdivisée selon les principales disciplines (biochimie, anatomie- cytologie, bactériologie..).L'objectif de ce type de découpage étant de renseigner ; sur les activités et les coûts pour chaque groupe d'activité ; ainsi les niveaux d'analyses ²²⁹ qui ont été retenus devraient permettre de relever les spécificités. L'opération de contrôle de gestion suscite souvent l'analyse des performances à l'aide de chiffres issus de la comptabilité, permettant de calculer des coûts établis en fonction d'objectifs quantitatifs d'activité. Cette forme d'architecture nous rappelle, la même démarche qui est utilisée en comptabilité analytique, seulement, la différence à travers cette pratique, réside dans l'opération de segmentation des sections ; allant jusqu'à la création au sein des sections elles mêmes des sous sections dans le but d'approfondir la connaissance des coûts .

II. La nécessité du contrôle des coûts.

1. Le contrôle de gestion et les objectifs qui lui sont assignés.

1.1. le contrôle de gestion a l'hôpital :

Le contrôle de gestion dans une entreprise privée, apparaît comme le contrôle du contrôle, qui doit être effectué sur les mutations du patrimoine de l'entreprise ; afin de maximiser la rentabilité des capitaux .Il est donc lié au type de fonctionnement même de cette institution. Dans l'hôpital, les capitaux avancés pour la fourniture des soins, ne le sont pas dans l'espoir d'y trouver un surplus mais pour permettre, la production de prestations dont l'utilité sociale est trop grande, que son mode de production soit totalement soumis à une nécessité économique. La logique privée, qui subordonnait la fonction technique à la fonction de gestion économique, fait place à une dualité entre ces deux fonctions . Cette dualité se traduit, par une double autorité: -Celle des fournisseurs de capitaux de l'Etat ou collectivités qui contrôlent la gestion de l'hôpital ; qui tenteront de minimiser leur main mise, d'une part ; et celle des responsables de la pratique médicale, d'autre part.

▪ Méthodologie :²³⁰ Les informations utilisées par la comptabilité analytique par établissement sont corrélées au niveau central (ministère). Les hôpitaux sont au préalable regroupés selon la catégorie juridique (secteur sanitaire, C.H.U...), de plus les comparaisons,

²²⁸ Guide méthodologique de la comptabilité analytique hospitalière -1988-France

²²⁹Niveau un : les frais d'administration

Niveau deux : les frais de la logistique : entretien, restauration.

Niveau trois : le plateau technique : selon nomenclature spécifiant les activités.

Niveau quatre : le secteur clinique qui impose une approche par pôle d'activité homogène.

²³⁰ Rapport d'expertise du ministère de la santé français propre aux établissements publics de santé (1971). Nous avons tenu compte de la méthodologie adoptée car nous pensons qu'elle explique clairement les étapes à entreprendre dans le cadre de la mise en place d'un contrôle de gestion que nous avons développé au chapitre 10.

s'effectuent pour chaque groupe par secteurs, et par type de spécialité : -Secteur administratif, - Services généraux, -Services technico-économique, -Services médicaux d'hospitalisation.

- L'analyse des données recensées permet de déterminer : -La description de l'environnement de l'hôpital, - la situation de chaque hôpital dans l'environnement par la technique (des moyennes de positions). En raison de la difficulté d'aboutir à une analyse économique pure ; le contrôle de la gestion se profile, par le biais de l'instrument comptable analytique, ainsi que par le biais d'autres outils de mesure, ce qui conduirait à l'évaluation de l'activité médicale pour ce qui concerne l'institution hospitalière.

- La confection du tableau de bord : Afin d'élaborer les tableaux de bords, l'administration sélectionne, un certain nombre d'éléments qui devraient être produits chaque trimestre, cela concerne notamment: Les statistiques de services ; Les moyens équipements utilisés ; Les dépenses en personnels, Les dépenses de médicaments, Les consommations d'actes.

- Les budgets de services :

C'est un instrument qui est mis en place par les gestionnaires, et qui doit permettre une réelle appréciation de la gestion : Il s'agit de positionner « le service comme unité de base », de prendre en compte tous les postes de dépenses de valoriser chacun de ces postes, et de remplacer le recours à un service de référence par des normes, ces normes sont calculées par référence aux résultats passés et fixées, en accord avec les responsables. Le document obtenu devrait constituer et mettre en évidence un résultat d'exploitation, qui traduit l'effet de l'activité du service sur l'équilibre financier de l'hôpital. L'analyse comporte deux parties, d'une part, un budget adapté exprimant les écarts entre les réalisations aux normes adaptées à l'activité réelle du service ; d'autre part le budget de service ; l'instrument de base du contrôle de gestion. Cependant il souffre d'un certain nombre de difficultés techniques de réalisation, qui risquent de rendre son utilisation problématique. La volonté d'obtenir des informations dans un délai court, aboutit à l'utilisation des données assez anciennes pour établir des prévisions. La méthode des prévisions par extrapolation, efface les évolutions techniques rapides. L'amortissement des équipements n'apparaît qu'indirectement, à travers les frais généraux, et leur mode de calcul est sans rapport avec la valeur réelle de chaque service. L'étude des instruments de contrôle de gestion mis en œuvre dans les hôpitaux²³¹ ; a montré outre les imperfections de caractère technique (interprétation des écarts, dus au manque de précision des indicateurs du produit hospitalier).²³²

1.2. La gestion de la trésorerie :

Gérer la trésorerie pour les responsables de la gestion hospitalière, permet de connaître à tout moment la situation de la trésorerie ; et de prévoir son évolution sur une période suffisamment longue, pour faire face aux difficultés prévues ; sur la base des documents comptables, dont le plus important (la balance des comptes détenue par le receveur devant être établi tout les mois). Cette situation peut être résumée par le biais de ratios simples: Les disponibilités, Les créances à courts termes, Les dettes à courts termes. Les disponibilités qui représentent les fonds devant être utilisés immédiatement (apparaissent au solde du compte trésor). Les créances à court terme correspondent au solde débiteur des comptes de tiers du bilan (ces comptes figurent à l'actif). Les dettes à court terme correspondent aux soldes créditeurs des comptes de tiers à la balance ; au bilan elles figurent

²³¹ Travaux opérés entre 1992 et 1996 dans les hôpitaux publics Français . ayant pour objectif l'optimisation et la modernisation du management hospitalier public .

²³²(Les instruments de contrôle améliorés sont décrits : dans le livre de « Gautier Grenon, Perchat et Omnes « L'analyse de gestion à l'hôpital ».

au passif. La balance des comptes étant le document de base du receveur ; permettant de reproduire la situation financière (trésorerie) de l'établissement établie une fois par mois. Il est nécessaire d'ajouter aux dettes à court terme, le montant des dettes en cours de mandatement. La comparaison de ces données permet de dégager des ratios susceptibles de contribuer à l'appréciation de la situation:

Le ratio de fond de roulement : $R = (\text{Créances à court terme} + \text{disponibilités}) / \text{Dettes à court terme}$. On considère généralement que ce ratio doit avoir une valeur voisine de deux (2) Le Ratio de trésorerie: $= (\text{Disponibilité} / \text{Dette à court terme})$; un établissement devrait avoir un ratio égal ou supérieur à un (1) pour qu'il se permette de faire face à ses dettes.-Le délai de recouvrement : $R = \text{Produits hospitaliers} / \text{Débiteurs}$: Ce ratio exprime l'importance du délai de recouvrement des titres de recettes du receveur. Le délai de paiement aux fournisseurs : $R = \text{Achats} / \text{fournisseurs (compte 400)}$: Ce ratio permet de juger de l'importance du crédit accordé par les fournisseurs à l'hôpital, donc d'analyser les retards de paiements et par conséquent de déterminer les agios qui risquent de peser sur l'établissement.²³³ -La Vitesse de rotation des stocks : $R = \text{Stocks (débiteurs classe trois)} / \text{Consommations annuelles des (crédits)} \times 365 \text{ j}$: Il permet de mesurer la couverture en jours des différentes consommations. On peut à l'aide de ce ratio, apprécier l'importance des stocks sachant que de très grands stocks représentent une charge appréciable pour l'établissement.

-Les prévisions de trésorerie: Il est donc indispensable d'effectuer des prévisions rigoureuses afin de pouvoir, dans la mesure du possible, d'adapter le niveau des décaissements à celui des encaissements : Deux méthodes peuvent être utilisées : Celle des bilans prévisionnels et celle de la situation des mouvements de fonds. Dans la pratique, la seconde est beaucoup plus employée car elle s'avère plus simple à mettre en œuvre que celle des bilans prévisionnels. Comme son nom l'indique, la méthode des bilans prévisionnels suppose une prévision de tous les postes du bilan, à partir du dernier bilan connu, et des mouvements qui peuvent être connus, et des mouvements qui peuvent affecter ces postes, au cours de l'exécution budgétaire.

2. Le pilotage des services Médico-économiques et l'appréciation des coûts.

2.1. L'Appréciation des coûts par pathologie.²³⁴

Hubert Z.S. , constate que ²³⁵« le contrôle de gestion est difficile à mettre en œuvre dans les hôpitaux pour trois raisons principales ; tout d'abord, en se référant à « Mintzberg » et à sa théorie des organisations, qui situe les hôpitaux dans la catégorie des bureaucraties professionnelles (il existe un centre opérationnel constitué par les fournisseurs de soins ; ceux-ci acceptent difficilement le contrôle de gestionnaires technocrates ; à cette difficulté s'ajoute le fait que la recherche du profit n'est pas le principal moteur du fonctionnement d'un hôpital).. Dans la mesure où le contrôle de limite à une dimension financière, il ne peut recueillir l'adhésion du personnel médical et soignant. L'apparition de nouvelles techniques, comme les « balance score cards²³⁶ » qui mettent l'accent sur

²³³ Les établissements publics de santé nationaux, se limitent en terme de rapprochements des comptes au compte administratif et au compte de gestion produits simultanément par l'ordonnateur et le comptable public ; l'analyse financière par la production des ratios étant strictement limitée et sans rapport avec la gestion globale de l'établissement.

²³⁴ L'expérimentation du système dévaluation des coûts par l'utilisation d'une nomenclature propre au système Belge codée : CIM-9-CM « APR-DRG ». des « APR-DRGs » propre aux structures de santé belges selon étude de Magali Pirson économiste de la santé année 2000).

²³⁵ Huber ZS. Système de santé Suisse: Formation et maîtrise des coûts_ Peter Lang, Bern; 2005: 169.

²³⁶ Guthrie B, Love T, Fahey T, Morris A, Sullivan F. C. , compare and communicate: summarize efficiently data from multiple quality indicators. Quality Safe Health Care. 2005 Dec; 14(6): 450-4

des critères de performance ; notamment qualitatifs ; modifie l'appréciation défavorable des professionnels des soins à l'égard du contrôle de gestion. Un troisième obstacle est inhérent à la nature du produit hospitalier et à la difficulté de le définir et de le mesurer. Cependant, l'environnement hospitalier se modifie rapidement. On constate par exemple la multiplication des associations hospitalières, l'intensification de la concurrence entre établissements ; ainsi que les pressions des autorités pour maîtriser les coûts.. Parallèlement à cette modification des structures et des processus de travail, l'introduction du concept de « DRG » contribue à définir, relativement, le produit hospitalier, à le quantifier, à l'analyser et à le comparer. Cette catégorisation Médico - économique, ainsi que le financement forfaitaire basé sur les pathologies ; poussent les hôpitaux à connaître leur prix de revient et à étudier les actions susceptibles de réduire les dépenses ; et donc d'opter pour le contrôle de leur gestion. Le management des hôpitaux se «médicalise» progressivement témoignant de l'évolution des mentalités des gestionnaires et des médecins. Le contrôle de gestion ; associe les méthodes traditionnelles, et les nouveaux outils capables de répondre à des besoins diversifiés incluant notamment, les préoccupations médicales.

2.2. Les coûts par pathologie et la gestion interne des hôpitaux :

L'utilisation des coûts par pathologie dans le financement des soins de santé ; fait l'objet d'un certain consensus, néanmoins l'amélioration de la gestion des hôpitaux reste encore à démontrer. Lors d'une interview publiée en 1992 dans la revue « Hospitals »²³⁷ , Fetter et Thompson, les concepteurs des DRGs, ont fait un bilan sur les applications micro-économiques et macro-économiques de cet instrument ; reconnaissant l'apport des DRGs , dans le domaine du financement hospitalier et plus particulièrement dans le succès du financement de « Medicare » « Fetter et Thompson » pensent que les hôpitaux pourraient utiliser les DRGs pour améliorer leurs prévisions budgétaires, pour effectuer des études qualitatives, pour procéder à des comparaisons de pratiques médicales et pour analyser les relations existantes entre ressources consommées et résultats des soins. L'utilisation des DRGs pour améliorer les prévisions budgétaires ;²³⁸ nécessite de prévoir un case-mix ainsi que, des charges et des recettes prévisionnelles par pathologie. Les techniques de prévisions budgétaires n'ont pas varié depuis des années. Les prévisions budgétaires se font par centre de frais, par service ou par département, sur base de l'activité prévisible (elle-même largement déterminée par les données historiques). Sur la base de l'activité, on prévoit les recettes et on détermine les ressources correspondant à cette activité. Les techniques informatiques permettent de procéder ; à des simulations plus poussées et contribuent, de ce fait, à l'instauration d'un processus itératif, entre direction et responsables d'unités, permettant d'associer ces derniers à la construction budgétaire. L'hôpital doit disposer d'un tarif par DRG, d'un coût par DRG, et du case-mix prévisionnel de l'hôpital. Lorsque le financement de l'hôpital est majoritairement basé sur un forfait par pathologie, il ya lieu de prévoir les recettes, moyennant une prévision du case-mix.. A titre d'exemple, on peut citer la situation des établissements hospitaliers français ; dont le budget comporte non seulement un volet forfaitaire par GHM ; mais doit encore prendre en compte les prévisions de ressources attribuées pour les missions d'intérêt général, pour certains médicaments

²³⁷ Fetter RB, Thompson M. op. cit.-1992-dans revue "Hospitals".

²³⁸ Les diagnostics regroupés pour la gestion (DRG) ont été utilisés pour la première fois en octobre 1983 aux Etats-Unis. Dans le milieu des années 1980, le Health Care Financing Administration (HCFA), organisme du gouvernement fédéral américain, mandaté l'Université Yale pour intégrer dans le système de DRG l'utilisation des complications et des comorbidités (CC) d'un patient souffrant d'une maladie principale. On l'appela le Refined DRGs (R-DRGs).

ou prothèses, pour la recherche ou pour les urgences, etc. La situation est encore plus complexe lorsque le système de financement forfaitaire se double d'un financement complémentaire à l'acte.

3. La prévision des dépenses : La prévision des coûts par pathologie, est quant à elle envisageable sur base de données historiques de coûts des hôpitaux. Pour ce faire, il est nécessaire de développer. L'hôpital aura, à travers ce type de financement, tout intérêt à connaître ses coûts afin de les rendre égaux, ou inférieurs aux tarifs (ou en tout cas s'assurer qu'il existe un équilibre global entre pathologies bénéficiaires et pathologies déficitaires). Les hôpitaux français sont confrontés à ce problème. Afin d'optimiser la gestion des hôpitaux, il fut préconisé l'implantation d'un management plus décentralisé, via notamment la contractualisation interne entre les pôles d'activité et le comité de direction. Diverses approches furent engagées afin de décentraliser ou déconcentrer les structures organisationnelles, allant de la simple réduction des niveaux hiérarchiques à la déconcentration budgétaire.

3. Les AP-DRGs comme outil de mesure des prestations.²³⁹

3.1. Les « DRGs » comme mesure de la qualité des prestations :

Les AP-DRGs ne permettent pas d'appréhender la sévérité de la pathologie, telle que définie par les médecins (la difficulté du traitement, le pronostic, La probabilité de décès, etc.) a motivé le développement des APR-DRGs. En effet, étant donné que les DRGs originaux et les AP-DRGs sont exclusivement centrés sur l'utilisation des ressources, ils ne permettent pas de répondre à des questions comme l'évaluation des différences observées en termes de taux de mortalité, d'évaluation de la qualité, etc. » Pour pouvoir répondre à ce type de questions, les APR-DRGs intègrent les notions de gravité clinique, de risque de mortalité et d'intensité des ressources. Les APR-DRGs restent une construction, intégrant des données médicales, et des données économiques. Les diagnostics, les motifs d'admissions, les procédures médicales, etc. sont agrégées pour constituer une nouvelle classification dont la finalité reste principalement financière. Les APR-DRGs peuvent néanmoins contribuer à une appréciation globale de la qualité, grâce à une standardisation inter-établissements (ex : comparaison des taux d'infections nosocomiales, nombre de chutes, taux d'escarres,... entre plusieurs établissements avec ou sans standardisation par l'indice de case-mix). Les APR-DRGs sont plutôt structurés, sur une base d'une homogénéité des ressources économiques que sur une base d'une homogénéité clinique. Un séjour, classé dans un APR-DRG est souvent composé de plusieurs passages, dans des unités de soins différentes, sous la responsabilité de plusieurs praticiens.

3.2. DRGs et résultat des soins :

Pour évaluer un résultat de soins ; il est essentiel de relier avec précision ce résultat avec la pathologie traitée ou avec les techniques thérapeutiques mises en œuvre. Les procédures médicales ou chirurgicales, ne peuvent être rapportées à un seul « DRG ». Néanmoins, les DRGs limités à la période d'hospitalisation ne semblent pas être un outil performant, pour rendre compte de l'adéquation entre ressources consommées et résultats des soins. Dans le cadre de la gestion d'une institution hospitalière, une association de plus en plus étroite entre le gestionnaire médical et le gestionnaire administratif est plus que nécessaire. On considère que les comparaisons entre

²³⁹ Le All-Patient Refined DRGs (APR-DRG) est le plus récent système. Il tient compte de nouvelles catégories qui captent le degré de sévérité de la maladie du patient ainsi que le risque de mortalité qui y est associé. Quatre niveaux de sévérité et de risque de mortalité sont assignés. L'assignation d'un patient dans l'un ou l'autre de ces quatre sous-groupes repose sur plusieurs facteurs. Les 382 APR-DRG de base combinés aux quatre niveaux de sévérité et aux quatre risques de mortalité résulte en 1 530 APR-DRG (incluant deux cas additionnels).

institutions hospitalières, devraient contribuer à améliorer la gestion. Les coûts par « DRG » peuvent apporter une dimension à ces comparaisons. L'intégration du corps médical au fonctionnement de l'hôpital est une réalité. Dans cette perspective, on peut considérer que l'analyse des coûts par pathologie constitue un outil de communication et de collaboration utile.

▪ la comptabilité des coûts par pathologie :

L'analyse de la « patientèle » est opérée, par le groupement des patients, ce que permettent les DRGs. C'est donc la rentabilité de ces derniers, qui retiendra l'attention des gestionnaires. Pour les DRGs non rentables, il ya lieu d'analyser tant les coûts que la rentabilité. Le processus d'analyse des coûts par pathologie s'intéresse tout particulièrement aux patients « extrêmement » coûteux (outliers)²⁴⁰ afin de délimiter l'étendue financière de leur prise en charge. On est obligé de se centrer sur les DRGs comportant un nombre jugé suffisant de patients. La connaissance des coûts par pathologie permet au gestionnaire, d'élargir son analyse de rentabilité de la production hospitalière. En étudiant les coûts et les chiffres d'affaires (cas des institutions semi publiques et privées) en fonction des pathologies, le directeur financier et le directeur médical ont l'opportunité de confronter leurs points de vue ; et de partager leur point de vue. En France, en Allemagne, aux Etats-Unis le financement est basé sur les pathologies ; les hôpitaux ont obligation d'être dotés ; d'un système de calcul de coût par pathologie.

-Les coûts par DRG et les comparaisons inter-hospitalières :

Les comparaisons inter-hospitalières , portent traditionnellement sur des données financières, ou sur les ressources humaines ou matérielles mises en œuvre. Elles portent également ,sur la production hospitalière (quantités de prestations, quantités de journées, quantités des patients,...). Depuis quelques années, les productions hospitalières sont reliées aux pathologies, ce qui permet d'affiner les comparaisons. Cependant, peu d'hôpitaux sont en mesure, de comparer rationnellement les coûts de revient de cette production. En effet, de telles comparaisons ignorent la complexité des patients traités. Pour remédier à cet inconvénient, on a recourt à des techniques de standardisation basées sur le case-mix. D'une manière générale, les sollicitations multiples auxquelles sont soumis, quotidiennement les gestionnaires ; réduisent leur disponibilité pour entreprendre des analyses nécessitant du temps, pour engager une réflexion en profondeur , sur les constatations qui en découlent et pour prendre les décisions qui s'imposeraient. Le système de financement basé sur « la dotation globale »²⁴¹ n'ayant pu être réformé de manière rapide ; vu que le financement forfaitaire par pathologie est encore marginal (et le restera encore plusieurs années) dans le secteur public. . La standardisation des coûts sur base du case-mix de l'hôpital suppose un préalable important : l'existence d'une échelle de coût ou d'une échelle de CW²⁴², situation qui nécessite un échantillon représentatif d'hôpitaux capables de produire des coûts par pathologie.²⁴³

²⁴⁰ Ref. article consacré à l'étude des : "outliers" –Dr. Pirson M, Dramaix M, Leclercq P, Jackson T.

Analysis of cost outliers within APR-DRGs in a Belgian general hospital: Two complementary approaches_ Health Policy_ 2006 Mar, 76(1) 13-25.

²⁴¹ Les ¾ des recettes sont versées sous forme d'une enveloppe limitative qui n'est pas liée au niveau d'activité de l'établissement public de santé. (système adopté en France jusqu'à l'introduction de la tarification basée sur l'activité).

²⁴² Les costs weights ou unités de mesure du poids Médico-économique des structures de santé aux USA. Un hôpital est considéré comme un ensemble de ressources destinés à produire des soins. Le résultat doit être une amélioration de l'état de santé global des patients. Différents indicateurs permettent d'en estimer le fonctionnement : le rendement (efficiency) ; l'efficacité (effectiveness) ; l'utilisation des ressources (resources utilization) ; l'évaluation de la qualité (quality assesment)/ Ref. : P. Degoulet, M. Fieschi (Informatique médicale –ed. Masson-2^e édition-1996-France.

²⁴³ Financial impact of cost outliers in all patient refined diagnosis related groups in three Belgium general hospitals ; - Eur –J-Health Econ. 2006 Mar ;7(1) :55-65.

4. L'analyse des coûts par DRGs.

En effet, le premier objectif d'un gestionnaire est d'augmenter la performance d'ensemble de son établissement. Il pense notamment y arriver par une structuration efficace et un contrôle renforcé de la productivité de ses unités (départements, services, unités). En ce sens, la première préoccupation du gestionnaire est de vérifier que les moyens dont il a doté son entreprise ; sont utilisés de manière efficiente. Pour ce faire, les méthodes traditionnelles (comptabilité analytique par centre de frais, contrôle budgétaire, statistiques de productivité, etc.) sont suffisantes. Mais, dans une entreprise, il ne suffit pas de savoir ce qu'il conviendrait de faire (les objectifs, l'amélioration des processus), il faut encore communiquer et convaincre. L'analyse de la rentabilité des moyens et les coûts des pathologies sont ; permettent la connaissance, de la globalité des problèmes hospitaliers. En procédant à des études comparées de coûts de DRGs, on opère une démarche de réflexion, qui ne se limite pas à l'analyse des prescripteurs, mais qui concerne également les prestataires (coûts de production). A cet égard, les producteurs de prestations médicales, sont également des consommateurs de services logistiques et hôteliers. L'analyse économique présentée sous l'angle des pathologies rapproche les gestionnaires financiers des préoccupations des praticiens médecins, et paramédicaux. Une des conditions à laquelle il faudra veiller pour obtenir ce résultat ; sera que le système d'analyse, soit capable de fournir de manière détaillée toute l'information Médico-économique exigée par les centres de décision.

5. La méthode activity based costing (ABC method):

La méthode « Activity Based Costing » a été testée dans plusieurs établissements et une unités de soins à travers le monde. La conclusion de cette étude a été que, dans le cadre des activités cliniques, l'ABC est une méthode complexe à mettre en œuvre, de par la multitude des activités hospitalières ; et de par la multitude des objets de coûts. Cette technique semble être appropriée pour l'analyse des secteurs d'activités telles, le secteur hospitalier. S'agissant de son adoption ; des auteurs avaient en évidence, que le choix de cette technique de calcul, pouvait influencer les résultats obtenus. « T. Nobre »²⁴⁴ avait par exemple mis l'accent sur les « écarts de coûts enregistrés dans l'appréciation des pathologies en procédant à l'usage des méthodes de calculs (ABC, méthode en coûts complets, règles imposées par l'étude nationale des coûts en France). Seulement ; L'intérêt ne se situe peut-être pas au niveau de la compréhension des écarts générés par les techniques de calculs mais par la compréhension des évolutions de coûts au cours du temps. La terminologie d'« ABC » est parfois abusivement utilisée. Certaines études répartissent les ressources sur les activités (ex : actes médicaux, produits pharmaceutiques, etc.) et les activités sur les objets de coûts mais, ces objets de coûts sont en fait les patients. La méthode des coûts complets peut être à ce titre assimilée à la méthode « ABC ». La classification commune des actes médicaux Française pourrait être une alternative²⁴⁵ à la nomenclature (INAMI)²⁴⁶ de par sa précision, et de par ses produits associés ; comme la présence d'indices de coûts relatifs, permettant la répartition des charges des secteurs médico-techniques, sur les actes . Il est intéressant de signaler que le système de calcul

²⁴⁴ Thierry Nobre : quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ; 21^o congrès de l' AFC –France -2000.

²⁴⁵ Apport de la comptabilité analytique par cas et par pathologie-P.70-1.2.-Dr Magali Pirson-Juin -2006.

²⁴⁶ -Codification internationale des maladies (version française) .La classification des actes et des procédures varie considérablement d'un pays à l'autre ; en raison notamment de la multiplicité des systèmes de remboursements et /ou d'évaluation des ressources mises en œuvre.la dernière nomenclature étant la CIM-10 publiée en 1993.la 10^o révision propose de définir une famille de classifications des maladies et de classifications sanitaires connexes. Réf : « informatique médicale » « P.Degoulet M.Fieschi-P.70. 1996-2^oédition».

Français n'avait pas été basé sur la méthode ABC pour le calcul des « ICR » mais à l'aide d'une méthode de consensus entre spécialités médicales (combinaison des nomenclatures).

6. Les principaux outils d'analyse élaborés pour le contrôle de gestion et proposés dans la cadre du P.M.S.I. « l'expérience Française »²⁴⁷.

6.1. Les générateurs de la dépense :

La première finalité de la comptabilité analytique étant, d'identifier les « générateurs » de la dépense qui sont représentés par : les structures (les services consommateurs de ressources) ; les activités (définies selon nomenclatures et dont les tâches sont codifiées) ; les malades (qui représentent l'objet du coût et qui sont classés par catégories selon les types de pathologies auxquels ils appartiennent). « A partir de cette approche, il a été possible pour les experts, de définir le champ de définition du modèle de gestion élaboré par le PMSI²⁴⁸ ainsi que ses limites; et de formuler des propositions pour l'amélioration du PMSI qui demeure permanente ». Dans une organisation hospitalière, il s'agit d'établir, par exemple, le coût de fonctionnement d'une unité clinique (chirurgie), d'une unité d'hospitalisation en « soins intensifs », d'une unité de radiologie ou « d'un atelier de maintenance ». Chaque structure est caractérisée par un lieu bien défini et un responsable identifié. L'ensemble des structures constitue, dans la terminologie de la théorie mathématique des ensembles, une partition de l'hôpital. La réunion de toutes les structures recouvre la totalité de l'hôpital. C'est cette approche qui a été privilégiée dans un premier temps dans les hôpitaux publics de France. Il a été possible donc de mesurer les coûts d'une structure, en fonction de la finesse de l'information recherchée, au travers des unités d'analyses décrites dans la classe (8 et 7 du plan comptable analytique Hospitalier Français) . Toute dépense doit être définie par une structure génératrice des coûts, c'est-à-dire l'identification de l'origine de la dépense. L'affectation des dépenses à une structure est directement établie lorsqu'il n'y a pas d'ambiguïté quant à l'identité du générateur, soit indirectement à l'aide de clés de répartition, dans le cas contraire. Cependant, cette approche a une limite ; selon l'organisation de l'hôpital, le contenu d'une structure n'est pas homogène d'un hôpital à l'autre. En particulier, certaines activités peuvent avoir des coûts diffusés dans plusieurs structures. Une autre approche a donc été envisagée et mise au point ; Il s'agit de la méthode de calcul des coûts par activité.

6.2. La définition des activités médicales ou économiques :

Une activité se caractérise par une association de phases dont l'ensemble constitue un processus cohérent, mais dont les différentes phases, n'appartiennent pas nécessairement à une même structure. Cette approche permet ainsi d'obtenir une « mesure du coût de production » de chaque activité de l'hôpital. La difficulté de mise en œuvre de cette approche réside ; dans la nécessité d'identifier dans l'ensemble des coûts de chaque structure, la quote-part imputable à chaque activité. Cette opération ne peut être adoptée, en l'absence de paramètres répondant à ce besoin dans le système d'information hospitalier. Une activité quelconque, peut être répartie entre plusieurs services, il convient donc de rassembler toutes les composantes pour arriver à quantifier un coût donné d'information hospitalier, cette approche vise à répartir les coûts par malade.

▪ La mesure du coût Médico-économique : Développée à partir de la médicalisation du système d'information et le classement des activités par groupe de pathologies ; cette opération

²⁴⁷ Le Contrôle de gestion à l'hôpital « principes clés et outils nouveaux » par : Yvon Merlière et René Kieffer-Masson-1997.

²⁴⁸ PMSI : programme de médicalisation du système d'information drainant les groupes homogènes de maladies (GHM) et les groupes homogènes de séjours (GHS). Système français inspiré du programme du prof. Fetter (USA).

consiste ; à mesurer le coût de ce qui constitue l'objet de l'hôpital : le soin au malade et le traitement de sa pathologie. Ce système, défini dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), s'appuie sur : la saisie, dans les services, d'informations individuelles médicalisées portant sur les pathologies du patient et sur les actes réalisés. Les données correspondantes sont saisies et codifiées à l'aide de nomenclatures répertoriées à cet effet : -la nomenclature des pathologies codifiées selon la classification internationale des maladies (CIM) ; -la nomenclature des actes définis par le Catalogue des actes médicaux (C.D.A.M) ; -la saisie de données administratives : tranche d'âge, sexe, poids à la naissance (pour les nourrissons), mode d'entrée, mode de sortie ; -une hiérarchisation des pathologies réalisée par le médecin hospitalier. Elle permet de distinguer : Le diagnostic principal, celui qui a mobilisé le plus de moyens pendant le séjour hospitalier ; des diagnostics associés²⁴⁹, dans le cas où coexistent plusieurs pathologies ; une consolidation en un seul « séjour hôpital »²⁵⁰ des différents séjours élémentaires, consécutifs et effectués dans plusieurs services de l'hôpital. Le « séjour hôpital » consolidé correspond à un séjour élémentaire, si le malade n'a fréquenté qu'un seul service. Il donne lieu au formatage d'un « résumé de sortie anonyme » (RSA) qui peut regrouper plusieurs « séjour hôpital » ; une ventilation des RSA de chaque hôpital selon une nomenclature de 512 groupes homogènes de malades (GHM). Ceux-ci sont construits de façon à rassembler les séjours (RSA), ayant mobilisé des quantités équivalentes de moyens. Cette ventilation est assurée à l'aide d'un logiciel « groupeur » dont les modalités d'exécution, tiennent compte du diagnostic principal, de l'existence ou non de diagnostics associés, de l'existence ou non d'un acte chirurgical, de la nature de l'acte chirurgical s'il en existe un, et de la tranche d'âge de patient. A titre d'exemple²⁵¹ Le classement des séjours (RSA) pour des affections relevant de l'appareil respiratoire est effectué ainsi. S'il existe un acte chirurgical, on distingue : les « RSA » pour interventions sur le thorax qui constituent alors le « GHM 113 » ; les RSA pour interventions sur le système respiratoire sauf le thorax ; dans ce cas, on distingue les « RSA » à plusieurs diagnostics (lorsqu'il existe des Comorbidités associées au diagnostic principal). Ils constituent le « GHM 114 » . Dans les cas où il n'y aurait qu'un seul diagnostic, les RSA sont alors rassemblés dans le GHM 115. S'il n'y a pas d'acte chirurgical, la ventilation par GHM s'effectue en fonction du diagnostic principal, de la tranche d'âge et de l'existence ou non de Comorbidités associée au diagnostic principal. Ainsi, s'agissant des RSA dont le diagnostic principal est « bronchite ou asthme », l'affectation à un GHM s'effectue ainsi : pour les patients de moins de 18 ans au GHM 138 ; pour les patients de plus de 69 ans ou pour les patients ayant une comorbidités associée, au GHM 136 . Pour les autres patients au GHM 137 ; un système de pondération des RSA par GHM permettant d'agrèger en un seul indicateur synthétique la mesure de l'activité d'un hôpital : système de prix relatifs établi proportionnellement à l'estimation du coût moyen d'un RSA (exprimé en coût complet, par GHM sur la base d'un échantillon d'environ 700000 séjours recueillis en 1994 par 33 hôpitaux). Le système de pondération est exprimé en nombre de points ISA (Indicateurs Synthétique d'Activité). A chaque RSA d'un GHM est attribué le même nombre de points ISA. Ainsi, un RSA du GHM 540 : « Accouchement par voie basse sans complication » donne lieu à l'attribution de 905 points ISA, tandis qu'un RSA du GHM 151 « Transplantation cardiaque » donne lieu à l'attribution de

²⁴⁹ diagnostics associés : ensemble de pathologies dont souffre le patient

²⁵⁰ séjour hôpital : durée d'internement dans un service clinique

²⁵¹ -Mission de contrôle de gestion entreprise dans les hôpitaux publics de France entre 1992 et 1996 dont les résultats ont servis pour l'optimisation des méthodes de gestion .Chap. : les principales familles d'outils (les indicateurs)- P.53/P.117. « Le contrôle de gestion à l'hôpital » -Yvon Merlière et René Kieffer-ed.Masson-1997.

16788 points ISA. Le nombre de points ISA d'un GHM donné, est égal au rapport entre le montant du coût moyen d'un RSA de ce GHM et le montant du coût moyen d'un RSA d'un GHM pris comme référence, à savoir le GHM 540 : « accouchement par voie basse sans complication » : La mesure de l'activité totale d'un hôpital est égale à la somme des points ISA correspondant à la pondération des RSA de l'hôpital, répartis dans chacun des 512 GHM identifiés.

6.3. L'information médicalisée:

Le modèle du PMSI constitue un réel progrès dans la connaissance de la « production hospitalière ». La saisie d'informations médicalisées, à travers le système de codification arrêté pour déterminer les pathologies traitées, et les actes réalisés, constitue un complément aux données administratives (dénombrements des journées d'hospitalisation ou d'entrées). L'application du système de groupage permet de résumer, la variété des cas traités, dans chaque service : « les GHM », qui synthétisent l'essentiel des coûts unitaires de service. Cependant, malgré l'expérience acquise aux hôpitaux publics Français ; dans le traitement de l'information médicalisée à des fins économiques, le modèle du PMSI comporte toujours certaines limites. La classification des pathologies²⁵² s'appuie sur une identification des diagnostics, à l'aide de la « CIM 10 » mais surtout, elle prend en compte des variables corrélées avec les coûts pour constituer les GHM. Au total cette nouvelle version identifie 590 GHM contre 515 dans la version précédente, rassemblés dans 27 CMD, contre 24 auparavant... La saisie d'une donnée essentielle pour caractériser les séjours lourds : l'Indice de Gravité Simplifié IGS II, donnée renseignée chaque fois qu'un patient est admis dans une unité de réanimation ou de soins intensifs. Les limites du programme furent répertoriées comme suit : 1-l'estimation du coût moyen du point ISA²⁵³ comporte des biais ; 2-la description de l'activité par GHM ne permet pas de rendre compte de l'activité de chacun des services d'un hôpital ; 3-le système de pondération, exprimé en points ISA (Indicateur Synthétique d'Activité), n'est pas adapté à la mesure des coûts par centres de responsabilité ; 4- Les coûts ne sont appréhendés qu'à travers une seule unité d'œuvre, le point ISA. L'analyse faite²⁵⁴, montre que les hôpitaux les plus spécialisés, ceux qui couvrent moins de 250 GHM, ont un coût moyen du point « ISA » très élevé. La description de l'activité par « GHM » ne permet pas de rendre compte de l'activité de chacun des services d'un hôpital. En effet, la structure des GHM²⁵⁵ n'est effective qu'à travers la prise en compte des séjours complets dans l'hôpital. Dans sa structure actuelle, le PMSI permet de connaître de manière globale un indicateur d'activité corrélé avec les coûts d'un hôpital. Toutefois, il ne permet pas de constituer les outils nécessaires au contrôle de gestion interne dans l'hôpital. Il n'y a pas de lien entre les indicateurs de mesure de l'activité globale de l'hôpital et les indicateurs nécessaires à un contrôle de gestion interne. L'usage « externe », exprimé en nombre de points « ISA », a pour but de permettre des redistributions des bases budgétaires entre les hôpitaux

²⁵² Les modifications les plus significatives sont les suivantes : -l'ensemble des greffes est recouvert par des GHM spécifiques : en effet, dans les versions précédentes, seules les transplantations cardiaques et les transplantations rénales donnaient lieu à la constitution de GHM ad hoc. Désormais, la version 4 de la classification permet d'identifier six GHM de transplantations d'organes regroupées dans la CMD27 ; il s'agit des : GHM 116 : transplantations pulmonaires ; GHM 151 : transplantations cardiaques ; GHM 279 : transplantations pancréatiques ; GHM 280 : transplantations hépatiques ; -GHM 429 : transplantations rénales ; GHM 584 : greffe de moelle . L'identification des GHM pour des traumatismes multiples graves : ces GHM, rassemblés dans la CMD 26, permettent de caractériser les séjours particulièrement coûteux repérés par une complication et morbidité associée sévère (CMAS) dont la liste a été spécialement créée pour la version 4.

²⁵³ Indice synthétique d'activité : représentant un ratio résultant d'une pondération traduite en nombre « de points d'un ensemble de groupes homogènes d'activités ».

²⁵⁴ Enquête sur l'évolution du système d'information opérée par le ministère public Français (1997-2000).

²⁵⁵ GHM : groupe homogène de maladies.

d'une même région. Mais le « PMSI » ne permet pas d'établir une mesure de l'activité médicale de chacun des services d'un hôpital, il est alors difficile d'envisager la construction d'outil de régulation budgétaire au sein de chaque hôpital.²⁵⁶ Des indicateurs de mesure de l'activité, par centre de responsabilité, avec leur référence en unité d'œuvre sont indispensables.

7. Le contrôle de gestion hospitalier.

7.1. Les objectifs du contrôle de gestion :

Le contrôle de gestion a pour but de fournir à tout responsable, quel que soit son niveau de responsabilité, les éléments lui permettant de juger de la qualité de sa gestion. Or, le mode d'utilisation des données saisies selon les normes définies par le PMSI, ne permet que partiellement d'aboutir à cet objectif. L'évaluation des coûts à l'hôpital n'est pas satisfaisante dans le modèle proposé de l'utilisation de PMSI (selon les experts Français): ces coûts ne sont appréhendés qu'à travers une seule unité d'œuvre, le point ISA.²⁵⁷ Le PMSI ne peut pas, non plus, être utilisé comme outil de contrôle de gestion des activités non médicales ; à savoir l'activité logistique et autres. Par ailleurs, la répartition des dépenses administratives et logistiques dans le calcul du coût du point « ISA » s'effectue, au prorata de la durée moyenne de séjour du GHM.

Des aménagements devaient être apportés au fur et à mesure, dans la mise en œuvre du programme PMSI. Ils concernent notamment ; la prise en compte d'une démarche par discipline chirurgicale pour mieux définir les GHM applicables à chaque service ; la détermination d'un système de pondération des séjours établi par les médecins ; à savoir les dépenses imputables directement au service et les dépenses occasionnées par la prescription d'actes réalisés sur le plateau technique de l'hôpital. En effet, l'analyse des coûts des « RSA : résumés standard de sorties » appartenant à un même GHM a montré l'existence de variations importantes d'un résumé à l'autre.

L'indicateur d'activité médical, établi sur la base des TSA²⁵⁸, ne peut pas constituer la seule et unique base de détermination des unités d'œuvre, pour rendre compte de toutes les composantes de coût dans un hôpital. Trois approches servent à définir les différents générateurs de coûts à partir d'indicateurs: L'approche par les structures ; L'approche par les activités ; L'approche selon la combinaison : « malades x pathologies ».. La connaissance des coûts selon les structures constitue la première étape indispensable à mettre en œuvre dans un hôpital. La connaissance des coûts par activité est un indicateur de comparaison valable entre les hôpitaux.. Cependant, « l'approche par les activités » suppose la mise en place d'une nomenclature, qui puisse définir, pour chacune des activités, les différentes phases opérées par l'activité. rendre compte de l'activité « par centre de re. La constitution d'une comptabilité analytique par activité facilitera une telle approche, un centre de responsabilité étant l'agrégation de plusieurs activités. Enfin, la détermination des coûts par activité nécessite ; la mise en place d'un système d'Information beaucoup plus complexe comprenant des imputations multiples des coûts.

²⁵⁶ Les quatre principales familles d'outils « chap.les indicateurs » p.56. Le contrôle de gestion à l'hôpital –Yvon Merlière et René Kieffer –Ed.Masson-1997.

²⁵⁷ Point ISA :Indice Synthétique d'Activité .A partir de données centralisées à un niveau régional ; l'agence régionale des hôpitaux calcule le nombre de points ISA moyen par séjour pour l'ensemble des établissements de la région (hôpitaux publics et privés) en divisant le nombre de points ISA par le nombre de RSA (résumé de sortie anonyme) collecté au niveau régional. (cf.Comptabilité hospitalière :Eveline Augier –P.208-édition les études hospitalières2003).

²⁵⁸ Le tableau de synthèse par activité : - approche points « ISA » Yvon .Merliere ,B.Rey ,V.Chenus dans Gestion hospitalière -1997-France .

7.2. Le Mode d'imputation de la dépense :

Trois notions sont à appréhender : les dépenses directes ;²⁵⁹ les dépenses indirectes ;²⁶⁰ les dépenses induites.²⁶¹ Si les dépenses directes sont constituées par l'ensemble des coûts, que l'on peut attribuer directement à un « générateur de dépense », les dépenses indirectes répondent au souci de connaître la globalité des coûts. Les dépenses induites permettent d'aboutir, à la notion de « coûts contrôlables » (dépenses directes + dépenses indirectes + sous ensemble des dépenses induites) et de « coûts complets » (dépenses directes + dépenses indirectes + dépenses induites). Il sera ensuite procédé à l'examen des modes d'imputation des coûts ; en fonction de deux systèmes d'unité d'œuvre et de trois systèmes de valorisation de celles-ci.

7.3. Les dépenses directes :

Les dépenses directes sont constituées par l'ensemble des coûts que l'on peut attribuer sans ambiguïté à un « générateur », Celui-ci peut être une structure (unité d'analyse, service), une activité, ou enfin un malade. La notion de dépenses directes correspond, à un haut degré de fiabilité d'affectation. Le principe d'affectation directe des dépenses, peut être incompatible avec l'organisation de l'hôpital ; Le montant des dépenses n'est pas toujours connu avec un détail suffisant. C'est ainsi qu'il est nécessaire de mesurer les dépenses d'une unité d'analyse caractéristique d'une activité individualisée, par exemple une unité de soins intensifs ou d'hospitalisation de jour au sein s'un service clinique.

-L'identification des unités d'analyse de coûts : Pour mesurer les coûts au niveau de l'unité, il est nécessaire de déverser directement ou indirectement les coûts de l'UG (l'unité de gestion) , située à un niveau agrégé vers la, ou les unités d'analyse. Ces coûts sont déversés par le cadre infirmier directement de l'unité de gestion, sur l'unité d'analyse et ce, au moment de la commande, identifiée sur une « UG ». Tandis que, pour les dépenses dont l'affectation directe est difficilement opérationnelle, de l'UG²⁶² vers une UA²⁶³, il fût adopté le principe d'affectation des dépenses indirectes.²⁶⁴

7.4. Les dépenses indirectes :

On désigne par « dépenses indirectes », l'ensemble des dépenses d'une unité de gestion dont l'identification du fait générateur (Unité d'analyse, activité, malade) est difficilement discernable. La procédure de répartition des dépenses produites par les unités de gestion ; vers chacune des unités d'analyse qui lui sont rattachées, est effectuée à l'aide d'une clé préalablement définie, ex : le (nombre d'intervention chirurgicales pour le bloc opératoire). En effet, selon le niveau de développement atteint par le système d'information hospitalier, les dépenses affectées directement au malade sont par exemple ; les produits sanguins, les médicaments coûteux, les prothèses, ou encore et les actes opératoires ou actes de soins. Par ailleurs, les autres dépenses directes du service (dépenses de matériel médical, dépenses de linge et dépenses de gestion) sont imputables par le biais des clés de répartition. Il en est de même pour les dépenses de personnel qui constituent la part importante des dépenses des services cliniques. Pour L'identification des charges de personnels (infirmiers, médecins) on a recours à des procédures d'affectation indirectes de ces coûts.

²⁵⁹ Dépenses affectées sans intermédiaire de calculs vers les centres de coûts principaux ou centre d'analyses

²⁶⁰ Dépenses nécessitant un calcul intermédiaire provenant des sections auxiliaires.

²⁶¹ coûts supplétifs (de nature indirecte) provenant d'autres structures.

²⁶² Unité de gestion : niveau d'affectation direct des dépenses (passage obligé de l'information économique) .

²⁶³ Unité d'analyse: unité clinique: déversement des (coûts directs +indirects).

²⁶⁴ Chap. »Les indicateurs »P.45/98.-« Le contrôle de gestion de l'hôpital »-Yvon Merlière et René Kieffer- -Collection, Evaluation et Statistique.- Ed. Masson-1997

Concernant l'analyse des charges, la qualité du résultat obtenu dépend de la part des dépenses directes. La mesure d'un coût est d'autant plus fiable ; que la part des charges directes est importante.²⁶⁵

7.5. Les Dépenses Induites :

On désigne par « dépenses induites » l'ensemble des dépenses engendrées par une structure, une activité ou un malade, et exécutées dans une autre structure. Cette catégorie de charges donne lieu à un traitement spécifique des ces « déversements ».²⁶⁶ On distingue trois catégories de dépenses induites :

- les dépenses induites sont constituées, par le coût des actes prescrits par les médecins dans une unité d'analyse d'un service clinique, et exécutés par une unité d'analyse, du plateau technique de l'hôpital. L'imputation de ces dépenses est réalisée de façon indirecte, en valorisant les actes mesurés, par les lettres clés de la nomenclature générale des actes de praticiens (NGAP) ; ou par les indices de coûts relatifs (ICR)²⁶⁷, définis par le catalogue des actes médicaux ((CDAM). Le système de valorisation utilisé actuellement en France (hôpitaux publics et privés), avant la généralisation de la saisie des actes en nature , dans les unités du plateau technique, est l'ensemble des coûts moyens de chaque lettre clé dans la discipline d'équipement exécutante. C'est ainsi que l'on distingue ; la valeur moyenne du « B de biochimie, du B de virologie, du Z radio standard, du Z scanner, du K lithotriporteur, du KC bloc orthopédique, du KC bloc viscéral, etc. ». Le mode d'imputation est indirect, puisqu'il utilise un procédé d'évaluation intermédiaire : les lettres clés, c'est-à-dire un indicateur de volume des actes, entre la dépense effectivement réalisée dans le plateau technique, en personnel et en consommables et l'« unité d'analyse demandeuse » du service clinique.

- les dépenses induites issues de la logistique , telles les fonctions hôtelières ou techniques, notamment à travers les activités de restauration, blanchissage, nettoyage, entretien, transport, énergie. En effet, l'ensemble de ces activités constitue un facteur de coût pour l'hôpital dans l'organisation des soins.

- les dépenses induites constituées par les dépenses de la fonction administrative.. La prise en compte de ces dépenses dans le modèle de détermination des coûts suppose, la définition préalable des schémas de déversement, à l'aide de clés de répartition des coûts d'une structure à l'autre, et même d'une activité à l'autre. Le système de clés de répartition tient compte de la nature de l'unité d'œuvre retenue, comme unité de déversement et de la valorisation de l'unité d'œuvre utilisée.

7.6. Le tableau d'échange (structure/activités –Structure/malade) :

L'organisation hospitalière est faite de deux ensembles de générateurs de coûts : les activités et les malades. Cette structure nécessite l'établissement d'une modélisation des échanges, à l'intérieur de l'hôpital. Ce modèle se présente sous la forme d'un tableau d'échange « structures x activités » ou « structures x malades » (TE/SA) ; établi par le système élargi de la comptabilité nationale. Ce système offre, une présentation synthétique des comptes de production et d'exploitation des branches et des équilibres des ressources et des emplois des produits dans l'hôpital, la

²⁶⁵ Chap. « Les indicateurs »-Le mode de répartition des coûts-P.67-Le contrôle de gestion à l'hôpital : principes clés et outils nouveaux –Yvon Merlière et René kieffer –Masson-1997.

²⁶⁶ Déversements : prestation de charges produites par des services autres que les unités d'analyses principales (procédure informatique de répartition)

²⁶⁷ ICR : indice des coûts relatifs : indice de mesure des activités propre à chaque type d'hôpital ou pôle de spécialités.

décomposition en structures peut être assimilée, à la décomposition en branches dans la production nationale. Il en est de même de l'identification des activités ou des malades avec celle des produits.

7.7. Le mode de répartition des coûts :

La répartition des dépenses d'une unité d'analyse vers les unités de déversement s'établit, par la mise en place d'un système de facturation, fondé sur la valorisation de l'unité d'œuvre prise en compte, pour mesurer l'activité de « l'unité productrice ». On dénombre deux systèmes d'unité d'œuvre et trois systèmes de valorisation des unités d'œuvre. **1**-un système d'unités d'œuvre directes qui mesure directement la quantité produite de l'unité productrice et consommées par l'unité consommatrice : le nombre de KW produits et consommés pour l'électricité, le nombre de repas produits et consommés, le nombre de Z imagerie (ou ICR imagerie) prescrits et réalisés, le nombre de B en laboratoires... ; **2**-un système d'unités d'œuvre indirectes, fondé sur le dénombrement des « consommant »²⁶⁸, lorsqu'il n'existe pas de mesure directe de la production, et (ou) sur la structure de la consommation par unité de répartition.

-Les dépenses relevant des soins médicaux et infirmiers :

Cette catégorie de dépenses recouvre deux types de charges :

- Les dépenses directes de soins effectuées dans les services : elles rassemblent les coûts de personnel médical et non médical affecté dans l'unité ; les coûts des consommables utilisés directement pour les soins : (médicaments, matériel médical, produits sanguins, prothèse) ; et les coûts des consommables utilisés, pour le fonctionnement du service (linge, matériel et consommables de bureau...).

- Les charges induites (actes prescrits pour être exécutés dans une unité différente de l'unité d'accueil du malade). Ces deux catégories de dépenses sont soit, affectées directement au malade comme les actes prescrits par les médecins, les médicaments, les prothèses, les produits sanguins, soit affectées indirectement ; et réparties par l'utilisation d'index forfaitaires²⁶⁹. On pourra ainsi utiliser des montants forfaitaires de dépenses médicales par journée d'hospitalisation. Le montant forfaitaire journalier varie alors selon la nature de l'unité d'accueil : réanimation, soins intensifs, médecine, soins spécialisés... il peut aussi dépendre des montants forfaitaires de matériel médical ou de prothèse, selon le type de pathologie traitée. S'agissant de l'affectation des dépenses de personnel, la méthode consiste à affecter forfaitairement ces dépenses, à la journée selon la nature de l'unité d'accueil. L'imputation est effectuée selon un index de charge²⁷⁰ en soins mesurés directement par patient, ou sur la base de forfait par pathologie. Les mesures directes de charge en soins par malade sont réalisées à l'aide de grilles adaptées à cet effet. on relève la grille SIIPS²⁷¹ (soins infirmiers individualisés à la personne soignée).

Ces deux grilles retracent une pondération du niveau des soins, selon quatre degrés d'intensité dans trois domaines: soins de base, soins techniques et soins relationnels et éducatifs. Ces deux grilles diffèrent quant aux modes d'identification, des niveaux d'intensité des soins, et d'imputation de points pour chaque niveau. Avec le relevé de ce type de données (la charge en soins de chaque malade), il est possible de construire un mode d'évaluation du coût en personnel soignant par malade..Certaines catégories de dépenses sont réparties ; à partir d'une valorisation forfaitaire à la

²⁶⁸ Consommant : rattachés aux centres de coûts auxiliaires mesurables par le biais d'unités d'œuvres indirectes.

²⁶⁹ Indexes Forfaitaires : définis selon nomenclature (Conventions – Assurances –hôpitaux) :Régime Français.

²⁷⁰ Grille d'Indexation des charges Mise au point par Marie Claude Beaughon et la grille PENDISCAN développée par Michèle Guillou de l'Ecole nationale de Santé publique Française.

5.4.8-Les dépenses relevant du fonctionnement courant de l'hôpital : ²⁷¹

²⁷¹Grille permettant l'évaluation des actes pratiqués par le corps paramédical dans la prise en charge des patients.

journée d'hospitalisation, ou proportionnellement aux dépenses relevant, de tout ou partie des soins médicaux et infirmiers.

▪ Les systèmes de valorisation des unités d'œuvre pour affecter les dépenses induites : L'opération d'affectation des dépenses induites, à une unité principale ou à un malade revient à affecter des coûts, dont la responsabilité est partagée. En effet, mesurer le coût des actes prescrits par les médecins pour une unité « principale », et exécutés dans une autre unité d'analyse permet de comparer le coût de revient de telle unité, ou de tel malade avec des éléments comparables, soit dans un autre service de l'hôpital, soit dans un autre hôpital. Or, la valeur du coût induit que l'on affecte, est liée à la quantité d'actes prescrits et à la dépense générée, pour réaliser ces mêmes actes. Ainsi, tout écart de dépenses avec un élément comparable externe ; peut être lié à l'écart de prescription imputable au service clinique, soit à l'écart de coût de production, des actes imputables au service technique²⁷². Les trois systèmes de valorisation des unités d'œuvre possibles se résument: au coût moyen réel ; -au coût moyen standard interne ; -au coût moyen standard externe. Selon le cas, il s'agit d'un système de valorisation des unités d'œuvre à un coût moyen standard interne ou à un coût moyen standard externe.




Type de dépenses	Mode de répartition	Sens de la répartition
Dépenses directes 	Identification sans ambiguïté au fait générateur	UG → UA UA → Malade UA → Activité
Dépenses indirectes 	Répartition à l'aide de clés établies par : Sondage auprès des acteurs de terrain, Utilisation d'unités d'œuvre directes de mesure	UA → Activité UA → UA (appartenant à des structures différentes)
Dépenses induites 	Utilisation d'unités d'œuvre indirectes de mesure de la consommation. <u>Remarque</u> : la répartition des dépenses induites à l'aide d'unités d'œuvre s'effectue en valorisant celles-ci à l'aide des coûts standards	UA → Malade UA → Activité

Figure.11 : Le mode de déversement des coûts :²⁷³

▪ La présentation des dépenses a mis en évidence la complexité de l'identification des Coûts pour chacun des faits générateurs identifiés. C'est ainsi qu'il est apparaît difficile de mesurer avec exactitude le montant des coûts mobilisés par un hôpital pour assurer l'ensemble des prestations nécessaires aux soins et à l'accueil d'un malade déterminé ou pour un ensemble de malades caractérisés par une pathologie particulière.

²⁷² On relève une disparité entre unités quant à l'utilisation des moyens techniques .

²⁷³ Le contrôle de gestion de l'hôpital –Yvon Merlière et René Kieffer –Page70-Masson 1997 .

8. La construction des indicateurs et la mise en place du PMSI.

8.1. La base d'indicateurs de coûts :

Cela revient à établir des indicateurs de coûts confectionnés sur les dépenses directes par centre de responsabilité (dépenses directes plus une partie des dépenses induites, en particulier pour les services cliniques). Les dépenses induites correspondent à l'évaluation des actes prescrits par le service ; des unités du plateau technique de l'hôpital. Pour construire des ensembles d'indicateurs²⁷⁴, l'analyste a besoin d'un système de « comptabilité analytique ». L'objectif étant de pouvoir concilier entre deux impératifs: Le découpage des unités de l'hôpital afin de constituer des pôles d'activité; ainsi que la valorisation des coûts affectés ou répartis par pôles d'activité identifiés.

- a)-La Méthodologie adoptée permettant de construire une unité d'œuvre composite :

Ce qui a été retenu comme procédé ; suite à l'avis des experts en France sur la base de données récoltées à partir d'un échantillon d'hôpitaux publics.²⁷⁵ Ce procédé consiste à entreprendre les étapes suivantes :

- L'identification de l'unité d'œuvre de base (unité d'activité élémentaire) caractéristique de l'activité du centre de responsabilité.
 - L'identification, à l'aide du système d'information disponible, les groupes homogènes d'activité (GHA) élémentaire corrélés avec les coûts.
 - L'estimation du coût moyen d'une unité d'œuvre ; par groupe homogène.
 - La vérification de l'homogénéité des coûts ; au sein de chaque groupe homogène.
 - L'élaboration d'un système de prix relatifs ; des coûts moyens d'unité d'œuvre des groupes d'activité homogène.
 - La constitution d'une mesure de l'activité globale du centre de responsabilité en additionnant le nombre d'unités d'œuvre de chaque groupe homogène pondéré par le prix relatif qui s'y rattache.
 - La vérification de la qualité de cette mesure globale de l'activité, en déterminant le coefficient de corrélation, entre la mesure de l'activité et le montant des dépenses.
 - La comparaison des coûts de revient moyens d'une unité d'œuvre pondérée, d'un centre de responsabilité avec celui, équivalent d'un autre centre de responsabilité comparable.
 - Le calcul du budget théorique par centres de responsabilité comparables.
- Cette méthode conduit ainsi à établir une mesure d'activité à l'aide d'une unité d'œuvre complexe ou composite. Celle-ci ne peut être retenue qu'après pondération, par un coefficient corrélé avec les coûts des unités d'œuvre élémentaires ; identifiées et mesurées par groupe homogène d'activité.

- b)-Les étapes de la mise en place du PMSI :

Avant la mise en place du PMSI dans les structures hospitalières de France, L'hôpital public disposait d'un système d'information médicalisé moins développé que celui constitué à partir des normes définies par le PMSI. Mais ce système permettait d'obtenir quatre types d'information pour chaque séjour effectué par un malade dans un hôpital : Le diagnostic codé selon la nomenclature de

²⁷⁴ Systèmes d'information et soins infirmiers –indicateurs analyses et perspectives –guide bulletin officiel N°94-8-bis - 1994-Ministère de la santé Français .

²⁷⁵ Etude associant les experts économistes de la santé –statisticiens –Cliniciens et les Gestionnaires des établissements Publics de Santé Français: Mise au point des outils de contrôle de gestion de l' AP-HP –1992-1997-Yvon Merlière et René Kieffer –Masson-1997.

la classification internationale des maladies « CIM), 9^e révisée »²⁷⁶ ; le diagnostic est émis à la sortie du malade par le dernier service d'accueil (lorsque le malade est passé dans plusieurs services pendant son séjour). Lorsqu'il y a coexistence de plusieurs pathologies, le diagnostic de sortie correspond à celui qui a mobilisé le maximum de moyen pendant le séjour. L'identification des différents services d'accueil du malade durant son séjour à l'hôpital ; permet de savoir si le malade a effectué ou non un séjour en réanimation et combien de temps ; de renseigner sur l'existence ou non d'un acte chirurgical et sa technicité mesurée en nombre de coefficients de la lettre clé KC ; et aussi de mesurer la durée de séjour. Ces paramètres ont pour objectif de déterminer la meilleure combinaison des variables ainsi disponibles, pour constituer une segmentation de l'activité en « groupes »²⁷⁷ GHM ; corrélés avec les coûts : les groupes homogènes de coût (GHC).

▪ c)-Analyse de la Situation avec la mise en place du PMSI :

Avec la mise en place du PMSI, la composition des « GHC » est consolidée avec la prise en compte de « variables »²⁷⁸ devant permettre de mesurer l'aspect, coûteux ou non, d'un séjour. Plusieurs diagnostics furent élaborés par le biais du PMSI (Chaque séjour comprend un diagnostic principal et des diagnostics associés) ; ainsi que la description des actes selon une nomenclature permettant de définir la nature même de l'acte ; et d'informations complémentaires comme par exemple : l'âge du patient , variable utile pour déterminer les GHC en chirurgie .

▪ Il a été alors possible d'identifier un système de référence de coûts composé de dix actions à entreprendre :

- 1 : La recherche de L'unité d'œuvre de base caractérisant l'activité élémentaire du service (identification de l'activité principale du service)**
- 2 : L'identification des groupes d'activité homogène eu égard aux coûts.**
- 3 : Le processus de vérification de l'homogénéité des GHC en calculant par GHC le coefficient de variation des coûts estimés de chaque séjour.**
- 4 : L'estimation du coût moyen d'un séjour par GHC.**
- 5 : L'élaboration d'un système de prix relatifs à partir des coûts moyens d'un séjour par GHC.**
- 6 : La constitution d'une mesure de l'activité globale du service ou de l'hôpital.**
- 7 : L'élaboration d'un procédé permettant la vérification du système (de contrôle)**
- 8 : La comparaison des coûts unitaires par séjour pondéré.**
- 9 : La mise au point d'un mode de calcul du budget théorique par service de chaque hôpital pour en analyser les écarts en le rapportant au budget réel.**
- 10 : L'évaluation et l'analyse des résultats.**

²⁷⁶ Codification internationale des maladies / ICD 9-Classification élaborée dans le contexte d'une utilisation à l'échelle mondiale –elle représente un compromis entre les classifications basées sur l'étiologie, la localisation anatomique et les circonstances d'apparition de la maladie .

²⁷⁷ Groupes Homogènes de Malades : GHM .Le coût de référence d'un GHM dans l'échelle nationale de coût est représenté par le coût médian de l'ensemble des séjours comptabilisés. La valeur médiane est celle qui coupe en deux parties égales l'effectif des séjours. Le coût moyen par GHM est exprimé en unité monétaire , il est ensuite classé sur une échelle de coûts relatifs exprimés en points dits « points ISA » :indice synthétique d'activité. Réf :comptabilité hospitalière-Evelyne Augier-série Etudes hospitalières-Edition-2003-Bordeaux-France.

²⁷⁸ Variables indépendantes : prestations non prise en compte dans le calcul initial des coûts de prestations .

L'objectif de cette méthode étant d'établir une mesure de l'activité médicale qui explique les coûts des services.

8.2. Description des étapes à suivre :

-L'identification de l'unité d'œuvre de base caractérisant l'activité élémentaire du service en courts et/ou moyens séjours.

-La détermination des groupes d'activité homogènes: A partir des informations présentes, dans le système de collecte, le service d'analyse et de contrôle de gestion, demande aux représentants désignés de chaque spécialité, de définir les « marqueurs²⁷⁹ » de coûts significatifs des séjours ; dont ils ont la charge. Pour les disciplines médicochirurgicales il fût proposé d'identifier les groupes de diagnostics ; caractérisant les activités principales, des services de même discipline médicochirurgicale. pour les spécialités médicales, le principal marqueur est l'existence ou non d'un passage en réanimation et sa durée ; tandis que pour les spécialités chirurgicales, le principal marqueur, est caractérisé par, l'existence ou non d'un acte chirurgical et sa technicité.

-L'estimation du coût moyen d'un séjour par GHC (groupe homogène de coûts) :

Le montant des dépenses de chaque unité, est évalué durant une année ainsi que son activité totale en nombre de journées. Il est donc possible d'évaluer le coût moyen d'une journée effectuée dans chaque unité d'analyse. Le coût d'un séjour est estimé en valorisant chaque journée réalisée dans une unité, par le coût moyen de journée de cette unité d'analyse. Le coût moyen d'un séjour est égal à la somme des coûts individuels des séjours estimés (exemple ci-dessous), divisée par le nombre total de séjours constituant le « GHC considéré ».La vérification de l'homogénéité des GHC en calculant par GHC le coefficient de variation des coûts estimés de chaque séjour : « écart type / moyenne ». Le degré d'homogénéité d'un groupe est acceptable, lorsque le coefficient de variation est inférieur à 1. Il est considéré comme parfait lorsque ce coefficient est inférieur à la valeur (0.5).

a)- illustration par le biais d'un exemple :²⁸⁰ Considérons trois services appartenant à trois hôpitaux différents et regroupés au sein d'une même discipline médicochirurgicale pour laquelle ont été définis trois GHC :

1^{er} hôpital : service de la spécialité S1 : Le service est composé de trois Unités principales d'analyse

- UA1 de spécialité médicale ayant un coût moyen de journée de 1000 F ;
- UA2 de réanimation ayant un coût moyen de journée de 3000 F ;
- UA3 d'hospitalisation de jour ayant un coût moyen de journée de 900 F.

2^e hôpital : service de la spécialité S1, Le service est composé de trois UA :

- UA1 de spécialité médicale ayant un coût moyen de journée de 1200 F ;
- UA2 de réanimation ayant un coût moyen de journée de 250 F ;
- UA3 d'hospitalisation de jour ayant un coût moyen de journée de 1100 F.

3^e hôpital : service de la spécialité S1, Le service est composé de deux UA :

- UA1 de spécialité médicale ayant un coût moyen de journée de 1250 F ;
- UA2 d'hospitalisation de jour ayant un coût moyen de journée de 1150 F.

Le GHC 1 est composé de séjours réalisés dans les UA²⁸¹ de spécialité médicale de chaque service.

²⁷⁹ - Marqueur = variable caractérisant l'activité réalisée et corrélée significativement après vérification avec les coûts.

²⁸⁰ Chap. : les quatre principales familles d'outils (Yvon Merlière –René Kieffer) le contrôle de gestion de l'hôpital – Edition Masson -1997.Pages 82-89 .

²⁸¹ les unités prestataires de services sont dénommées sur le plan comptable « unités d'analyse », l'unité d'analyse représente l'unité de base du suivi statistique et comptable de l'activité ;elle se définit par le croisement d'une discipline d'équipement (de moyens) et d'un type d'activité (sanitaire essentiellement).

Le GHC 2 est composé de séjours réalisés dans les UA de spécialité médicale de chaque service et de réanimation dans les services des hôpitaux 1 et 2.

Le GHC 3 est composé de séances d'hospitalisation de jour.

On procède alors au calcul des coûts moyens de séjour par GHC (Groupe Homogène de Coûts).

GHC 1	Nombre de séjours (1)	Durée moyenne de séjour (2)	Coût moyen de journée (3)	Coût des séjours (1) x(2) x(3)
Hôpital 1	300	2.5	1000	750000
Hôpital 2	100	3	1200	360000
Hôpital 3	100	2	1250	250000
Total	500			1360000

Tab.5: Evaluation des séjours par Groupes Homogènes de Coûts (GHC1).

➤ Le coût moyen du séjour pour le GHC 1 est de : $1360000/500 = 2720$.

GHC 2	Nombre de séjours	Durée moyenne de séjour		Coût moyen de journée		Coût des séjours
	(1)	UA1 (2)	UA2 (3)	UA1 (4)	UA1 (5)		[(1)x(2)x(4)]+[(1)x(3)x(5)]
Hôpital 1	50	2.5	2.5	1000	3000	500000
Hôpital 2	50	1.5	3.5	1200	2500	512500
Hôpital 3	0	-	-	-	-	-
Total	100					1012500

Tab.6: Le coût moyen d'un séjour pour le GHC 2 est de : $1012500/100 = 10125$ F.

GHC 3	Nombre de séjours (1)	Durée moyenne de séjour (2)	Coût moyen de journée (3)	Coût des séjours (1)x(2)x(3)
Hôpital 1	50	1	1400	70000
Hôpital 2	50	1	1100	55000
Hôpital 3	300	1	1150	345000
Total	400			470000

Tab.7: Le coût moyen du séjour pour le GHC 3 est de : $470000/400 = 1175$ F

Cette méthode de calcul permet d'appréhender les ordres de grandeur des coûts moyens de séjour par groupes homogènes de coûts (GHC). Sa mise en œuvre s'affinera au fur à mesure de l'évolution du système d'information hospitalier. C'est ainsi que le système de valorisation du coût des séjours, établi sur la seule base du coût moyen de journée de l'unité d'accueil du malade, devra prendre en compte :

- Les coûts affectés directement aux malades (médicaments, produits sanguins, prothèses).
- Les unités d'œuvre indirectes, pour mieux répartir par certains types de coûts par malade.
- Les lettres clés puis les « ICR »²⁸²: indices de coûts relatifs (valorisés au coût standard), pour répartir des dépenses induites des actes prescrits, par les médecins du service et exécutés par le plateau technique de l'hôpital.
- Les SIIPS²⁸³ ou autres indicateurs corrélés avec la charge en soins ; pour répartir les dépenses de personnel non médical.

²⁸² Le code acte est formé de quatre caractères (une lettre et trois chiffres). A chaque acte est associé un indice numérique, l'indice du coût relatif (ICR) chiffrant la consommation des : ressources humaines, matérielles, investissement) liés à la réalisation de l'acte. Certains actes sont dits classants et repérés par un Y, car ils sont témoins d'une prise en charge particulière.

²⁸³ -Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée. (Grille d'évaluation des actes)-MSP-France-2004.

▪ b)-Le système de « prix relatifs » des coûts moyens d'un séjour par GHC : A partir de l'exemple développé ci-dessus, le coefficient de prix relatifs est le suivant :

-Pour le GHC 1 : $2720/2720 = 1$.

-Pour le GHC 2 : $10125/2720 = 3.75$.

-Pour le GHC 3 : $1175/2720 = 0.44$.

▪ c)-La mesure de l'activité globale du service ou de l'hôpital :

L'indicateur de mesure de l'activité globale est obtenu ; en additionnant le nombre de séjours des GHC, après application de la pondération par le système de prix relatifs calculés. En effet, sur l'ensemble des services de même discipline médicochirurgicale, il est admis qu'en moyenne, il y a une liaison de proportionnalité entre le montant des dépenses effectuées par chaque service et la valeur de l'indicateur d'activité globale, mesurée pour l'agrégat « séjour pondéré ». Si une telle relation n'était pas vérifiée, cela signifierait que :-Soit que l'indicateur d'activité est mal calibré; Soit qu'il existe une très mauvaise adéquation, entre le montant des dépenses constatées et l'activité réalisée.

1-La construction du budget théorique :

En effet, le montant du budget théorique peut être construit en valorisant, « l'indicateur d'activité » de chaque service par rapport à un coût de référence. Comment déterminer ce coût de référence ?

Pour réaliser cette opération, il existe deux méthodes d'approche, La première consiste à évaluer des normes de coûts de revient d'activité pour chaque pathologie, un ou plusieurs protocoles de soins défini par :

▪ le temps de personnel médical et non médical qu'ils nécessitent.

▪ les consommables ; -les actes qui s'y rattachent.

▪ Les évaluations de ces différentes composantes de coût sont effectives sur la base de coûts standards probablement établis par consensus.

Cette méthode a l'avantage de privilégier le caractère consensuel de la définition des coûts de référence. Elle s'appuie sur une réelle démarche d'évaluation, qui permet d'établir les protocoles de soins. Néanmoins cette méthode, a l'inconvénient d'être très complexe. Une deuxième méthode d'approche des coûts de référence a été mise au point, beaucoup plus concrète. Elle a consisté à établir le coût moyen d'un séjour pondéré, d'un ou plusieurs services considérés, comme étant « une référence » dans la discipline. A défaut d'une telle référence, il est possible de considérer comme coût de référence ; la moyenne des coûts moyens par séjours pondérés, de l'ensemble des services, d'une même discipline. Le système d'évaluation et d'analyse des résultats, permet d'identifier ; les facteurs d'écart de coût, entre les services de même discipline médicochirurgicale. Sans une évaluation complémentaire médicale, les indicateurs économiques construits seraient d'une validité limitée. Dans le cas d'une activité multiple, il est difficile de quantifier chaque type de produit, ou acte prescrit pour un patient ; il est procédé dans ce cas à la limitation des coûts directs par malade aux seules dépenses médicales constituées des médicaments, produits sanguins, prothèse et actes médicaux. Pour les services cliniques, ceci s'effectue à travers la double vérification du caractère homogène de chaque de groupe homogène de coûts : « GHC », et de la corrélation globale sur un ensemble d'unités d'activité de même nature entre la mesure de l'activité, et les dépenses constatées par ces unités. La processus de contrôle de gestion élaboré dans une institution quelque soit sa finalité est synonyme d'utilisation d'indicateurs

2-Les outils d'analyse : servant essentiellement à mesurer le coût de production unitaire de chaque structure et de .le comparer à des coûts de références pour en déduire la proportion des écarts opérés

au cours de l'activité. A titre d'exemple, on détermine la norme de coût de production unitaire d'une unité de scanner, ou d'un laboratoire de biochimie ou encore d'un service de pneumologie, eu égard à ce que doit être l'activité « normale » de ces unités. Ainsi, la définition technique d'un coût moyen de référence par type d'activité permet de calculer le budget théorique de chaque unité en valorisant le nombre d'unités d'œuvre produites au coût moyen de référence. La comparaison du montant de ce budget théorique (BT) avec le montant du budget réel (BR) constitue un écart qui peut être interprété, selon le cas.

9. Le traitement des données par le biais du PMSI.

9.1. Le système d'information :

Un système d'information dépend de contraintes organisationnelles liées à l'informatique. Ceci signifie qu'il y a lieu de prévoir, à la fois le système de collecte et celui de la production d'information, à partir des données existantes. Il s'agit de définir ce que les contrôleurs appellent les unités d'affectation directe, et les unités de connaissance ou « unités de déversement » des activités et des coûts. En effet deux modes ou systèmes principaux d'organisation des informations, ont fait l'objet de l'étude qui a été projetée au sein des hôpitaux publics de France: le système traditionnel d'information ; conçu à partir des fichiers « des structures »; Le système d'affectation des coûts et de l'activité par « malade et par activité » : (découpage des structures et de l'activité). Toutefois, avant d'aborder le premier système cité, il est nécessaire de préciser quelques aspects. De nouveaux besoins d'informations sont apparus progressivement, tendant à privilégier le traitement du malade ou son coût global dans les services cliniques, qu'il est amené à fréquenter. Il est essentiel de définir et de limiter, le fait générateur de coûts initial à trois critères : le malade, l'activité ou la structure. Si l'affectation des coûts aux malades, reste la finalité première du système d'information, tous les coûts hospitaliers, en particulier ceux des services administratifs et logistiques, ceux de structures, ne sont pas facilement et directement affectables au malade. Le système d'information doit renseigner les coûts concernant : le fonctionnement de la structure d'un hôpital ; le traitement hospitalier pour une pathologie donnée ; le traitement d'un malade, ou d'un type de maladie. C'est donc par une recherche plus précise ; et en utilisant les trois données (structure, malade et activité) que seront organisées la production et l'exploitation des informations du système. Ceci implique la définition et la mise en place d'un fichier de structures dans l'hôpital, qui précise l'ensemble des niveaux de comptes rendus de l'information, traitant des coûts et des activités que l'on souhaite établir. Le système d'information doit permettre de fournir des comptes rendus d'activité et de coût selon trois lignes de structures : la ligne des responsabilités médicales ; la ligne des niveaux de gestion pour l'attribution, l'utilisation et le suivi des ressources (équipements, personnel, consommables) ; la ligne des niveaux d'analyse ou de connaissance statistique de l'activité et des coûts.

- 1-La ligne des responsabilités médicales : Toute activité médicale s'exerce dans le cadre d'une structure placée sous la responsabilité d'un médecin. Le cadre de référence est homogène pour l'ensemble des hôpitaux.

- 2-La ligne des niveaux de gestion : pour l'attribution, l'utilisation et le suivi des ressources (équipements, personnel, consommables). Il faut préciser que la définition et l'organisation des différents niveaux de gestion sont propres à chaque hôpital. Ceux-ci dépendent des règles de gestion internes et des principes de management adaptés en interne par chaque hôpital.

- 3-La ligne des niveaux d'analyse statistique : (de l'activité et des coûts). Les niveaux d'analyse constituent l'élément d'information de base du contrôle de gestion. Ils sont établis à partir

de la définition des unités de production, homogènes au sein d'un hôpital, ceci permet de comparer des coûts et des activités d'unités équivalentes d'un hôpital à l'autre.

-Un autre cadre de référence est utilisé : la nomenclature des disciplines d'équipement et des types d'activité utilisées pour la mise en forme de la statistique d'activité des établissements (SAE) et la nomenclature des comptes analytiques de la classe « 9 »²⁸⁴, définie par le plan de comptes de la comptabilité analytique d'exploitation hospitalière (CAEH). La distinction de chacune de ces trois lignes : responsabilité médicale, gestion et analyse, est nécessaire pour pouvoir identifier, dans le système d'information, les différents niveaux de compte rendu ou les lignes de ventilation des données.

-a)-Les niveaux de responsabilité médicale et de gestion:

Pour obtenir un degré de fiabilité suffisant tout en tenant compte de différentes approches, il y a lieu de bien définir trois niveaux principaux de responsabilité et deux types de règles. Ce sont : les niveaux de responsabilité médicale ; les niveaux traditionnels de gestion ; les niveaux d'analyse nécessaires pour la connaissance statistique des coûts et de l'activité ; les règles de cohérence entre les différentes unités de structure ; les règles de gestion des flux des informations.

b)-Les niveaux de responsabilité médicale : (Trois niveaux sont identifiés) :²⁸⁵

1-L'unité fonctionnelle (UF) qui est la « structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante ou Médico-technique, identifiée par ses fonctions et son organisation dans le fichier de structures, c'est le niveau élémentaire d'attribution d'une responsabilité médicale officielle. 2-Le service ou le département, défini par un regroupement d'unité fonctionnelle de même discipline pour le service, de disciplines différentes pour le département. 3-La fédération, étant l'unité médicale de mise en commun de moyens correspondant. Les fédérations permettent le regroupement de services, de départements ou d'unités fonctionnelles afin de mieux coordonner certaines activités médicales ou d'optimiser la gestion des moyens. Dans la structuration du système hospitalier Français, l'on peut distinguer : les fédérations de gestion commune qui ont pour objet la mise en commun des moyens de personnel, en lits ou en équipement.

c)-les niveaux de gestion²⁸⁶ sont définis selon :

-Le centre de responsabilité : Elle représente, une unité comportant une ou plusieurs activités placées sous une responsabilité unique et dotée d'un budget. Le découpage de l'organisation en centre de responsabilité représente une partition du budget de l'hôpital. L'unité de gestion : unité de mise en œuvre et de suivi de moyens reçus par délégation du chef de « centre de responsabilité ».

-L'unité de gestion : Elle correspond au niveau le plus fin d'affectation directe des moyens. La constitution des unités de gestion correspond ; à un niveau d'affectation directe de moyens par le chef du centre : de responsabilité. Les commandes en fournitures diverses sont décidées au niveau des unités de gestion. La définition, au sein des hôpitaux, des centres de responsabilité et des unités

²⁸⁴ Pour le cas des structures de santé algérienne un logiciel dénommé « 3COH » fut mis à la disposition des gestionnaires et permettant d'avoir accès à une triple comptabilité hospitalière (générale, budgétaire et analytique hospitalière) ce logiciel devra en principe prendre en charge tous les systèmes de gestion de l'établissement. La mise en œuvre de ce logiciel ayant débuté au courant de l'année 2010 dans quelques hôpitaux expérimentaux et sera implanté dans plus de 300 structures de santé nationales dès l'année 2012.

²⁸⁵ Les niveaux d'analyse nécessaires à la connaissance des coûts et des activités : les niveaux de responsabilité sont définis par une nomenclature standard conformément aux spécificités de l'établissement. Guide méthodologique de production des résumés de sorties du PMSI. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville Français-Bulletin officiel N°94-6, 1994.

²⁸⁶ Résultats des travaux effectués par les cadres du département de contrôle de gestion de L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris ayant permis la mise au point et à l'exploitation des indicateurs de contrôle et d'analyse de la gestion. 1992-1997. Le contrôle de gestion de l'hôpital : Yvon Merlière et René Kieffer –Collection Evaluation et statistique -

de gestion ; est laissé à l'initiative des responsables de chaque hôpital, afin de permettre la meilleure adaptation possible du principe aux réalités opérationnelles locales.,

-Les unités d'analyse : L'unité d'analyse est l'unité de base du suivi statistique de l'activité et des coûts. Elle se définit par le croisement d'une discipline d'équipement et d'un type d'activité, conformément aux spécificités des hôpitaux et ce, dans un souci de cohérence avec les nomenclatures. Le critère principal, de définition de l'unité d'analyse réside ; dans l'identification d'une activité conçue et représentée dans les nomenclatures, afin de permettre un recueil stable et cohérent d'informations statistiques et de procéder à des comparaisons entre hôpitaux. Le lien fonctionnel entre les unités de gestion, et les unités d'analyse qui y sont rattachées est défini par les deux règles suivantes :-1 : toute unité qui dispose de moyens propres est érigée en unité de gestion;-2 : lorsque des moyens sont communs à plusieurs unités d'analyse, une unité de gestion regroupant ces différentes unités d'analyses est créée. L'unité hospitalière (UH) correspond à une subdivision de l'unité d'analyse, en unités plus fines définies et gérées par l'hôpital. Ce niveau est destiné à l'affectation, et au suivi d'activités spécifiques, sans qu'il y ait obligation d'affectation de coûts, comme cela est le cas pour les unités d'analyses. Le choix des unités d'analyse est laissé à l'initiative des hôpitaux ; pourvu qu'une unité hospitalière soit rattachée, à une unité d'analyse. Certaines règles sont à prendre en compte ; afin de pouvoir procéder à un choix des critères de classement des données.

d)-Il s'agit d'assurer : un équilibre entre responsabilité médicale, et suivi statistique de l'activité et des coûts ; une cohérence entre un niveau de gestion, et le suivi statistique d'une activité et de coûts ; le lien fonctionnel entre des responsabilités médicales, et des niveaux de gestion. Toute unité fonctionnelle, tout service ou département est définie exhaustivement par un ensemble d'unités d'analyse. Une unité d'analyse n'appartient qu'à une seule UF²⁸⁷.C'est une condition nécessaire pour qu'un médecin, chef de service ou responsable d'une unité fonctionnelle dispose du service intégral de son activité et des coûts correspondants. Assurer une cohérence entre un niveau de gestion et le suivi statistique d'une activité et des coûts. Les modalités d'affectation par unité d'analyse pourront être :-Directes, par exemple pour les consommables (charges directes),ou pour les autres catégories de dépenses, par l'intermédiaire de clés de répartition ; établies à partir des statistiques d'activité existantes (journées, admissions, heures travaillées...); des règles d'enregistrement assurant la cohérence entre des flux de gestion (entre unités de gestion) et des flux d'activité (entre unités d'analyse). Il ya lieu de veiller à la préservation, du lien fonctionnel rattachant les « responsabilités médicales, et des niveaux de gestion »: Les structures médicales érigées en centres de responsabilité, sont situées à un niveau supérieur, que celui des services départements ou fédérations. Ces règles respectées permettent ainsi, d'analyser l'activité et les coûts suivant chaque « ligne de responsabilité ».

9.2. Les règles de gestion des flux d'informations : Il existe deux types de flux :

- Ceux de gestion : Il s'agit des échanges de ressources entre les structures, L'unité de compte en est l'unité monétaire , puisqu'il s'agit d'enregistrer des dépenses.
- Ceux d'activité : Il s'agit des échanges d'unités d'œuvre entre les structures. L'unité de compte est volumétrique ou physique. (à titre d'exemple : journées d'hospitalisation, séjours, actes réalisés, etc.).

²⁸⁷ L'unité fonctionnelle : représente une antenne d'un service située dans un autre hôpital, et rattachée à un niveau de gestion de l'hôpital où elle est localisée.

1-Les flux de gestion : Un flux de gestion ne peut être réalisé que d'unité de gestion à unité de gestion. Le but est de valoriser, dans le service d'accueil, l'emprunt temporaire à un service d'une ressource telle que, du personnel (médical, paramédical ou autre). Il peut aussi s'agir de matériels ou d'autres ressources communes. S'il s'agit de ventiler au sein d'une unité les moyens affectés à partir de ressources communes (bloc opératoire, polyclinique...); la ventilation se fait entre les différentes unités de gestion utilisatrices, au sein d'une entité ou unité. Ce type de gestion de flux sert à connaître, les coûts de production engagés à partir de ressources communes pour réaliser l'activité affectée aux unités de gestion utilisatrices au sein de l'unité.

2-Les flux d'activité : Un flux d'activité ne peut être réalisé que d'unité d'analyse, à unité d'analyse. Ce type de flux est entrepris lorsqu'une unité d'analyse d'un service clinique, demande la réalisation d'actes, à une unité d'analyse du plateau technique, que celle-ci soit rattachée ou non au centre de responsabilité, du service clinique demandeur. Les actes sont enregistrés à la fois, dans l'unité d'analyse exécutante, et dans l'unité d'analyse demandeuse. L'organisation des flux d'activité d'une unité d'analyse, à une autre unité d'analyse, conduit à l'affectation des dépenses induites²⁸⁸ « d'unité d'analyse à unité d'analyse », puisque cette catégorie de dépenses est imputée à l'aide d'unité d'œuvre.

9.3. Le découpage des activités « transversal »:

L'affectation des coûts et de l'activité par malade et par activité.

Cette méthode, répond au besoin de connaître le coût de la production d'un hôpital, et non le coût d'une structure. Il s'agit d'élaborer des comptes rendus sur des activités et des coûts, selon des approches transversales, par rapport aux structures d'un hôpital. Le suivi transversal par malade ; ainsi que le suivi vertical .

- a)-Le suivi transversal par malade : L'engagement du corps médical, en matière de contrôle de gestion et d'évaluation médicale, implique nécessairement une approche micro-économique, au niveau de perception des coûts par les médecins ; et dans la mesure où ils ont une responsabilité directe sur des coûts bien définis. La « médicalisation » du système d'information, c'est-à-dire le choix d'informations, décrivant les diagnostics et les actes effectués, pour chaque malade hospitalisé, a largement contribué au développement de cette approche. Celle-ci passe obligatoirement par la mise en place d'un « serveur d'identité du malade » sur lequel sont rattachées toutes les informations individualisées. Il s'agit de l'attribution à chaque malade d'un numéro d'identification permanent (NIP) qui constitue son adresse permanente au sein de l'hôpital d'accueil. Cette adresse comprend non seulement des informations administratives ; constituées du nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, nom du médecin traitant, mais aussi : les données d'activité pour chacun des séjours effectués et repérés par un numéro de dossier administratif spécifique, dates et lieu d'accueil (service, Unité d'analyse), mode d'entrée, mode de sortie, hôpital ou établissement de provenance ou de transfert. Ces données sont saisies, par le bureau des entrées ou dans le service, sur des terminaux décentralisés et reliés au système de gestion administratif. Les données médicales (diagnostics, actes) sont saisies dans le service, au plus près du malade par les médecins, à l'aide d'outils de collecte sur support micro-informatique ; relié au système de gestion administratif. Les actes sont saisis, par lettre clé pour les besoins de la

²⁸⁸ On désigne par dépenses induites l'ensemble des dépenses engendrées par une structure, une activité ou un malade, et exécutée dans une autre structure. On citera l'exemple d'un malade hospitalisé en service de chirurgie –L'unité d'analyse principale défini par un centre de responsabilité autonome et qui est transféré temporairement vers d'autres unités d'analyse au sens comptable pour y subir des examens biologiques et radiologiques .

tarification ; et partiellement selon la nomenclature définie, par le catalogue des actes Médicaux (CDAM), pour répondre aux besoins définis par le PMSI (nécessité de saisir les actes chirurgicaux : actes classant du champ « alpha ») ; selon la nomenclature .Enfin, Les données économiques individualisées : produits sanguins, médicaments, prothèses ; Il s'agit de relever les scores de charge en soins selon les règles définies pour la grille Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS).

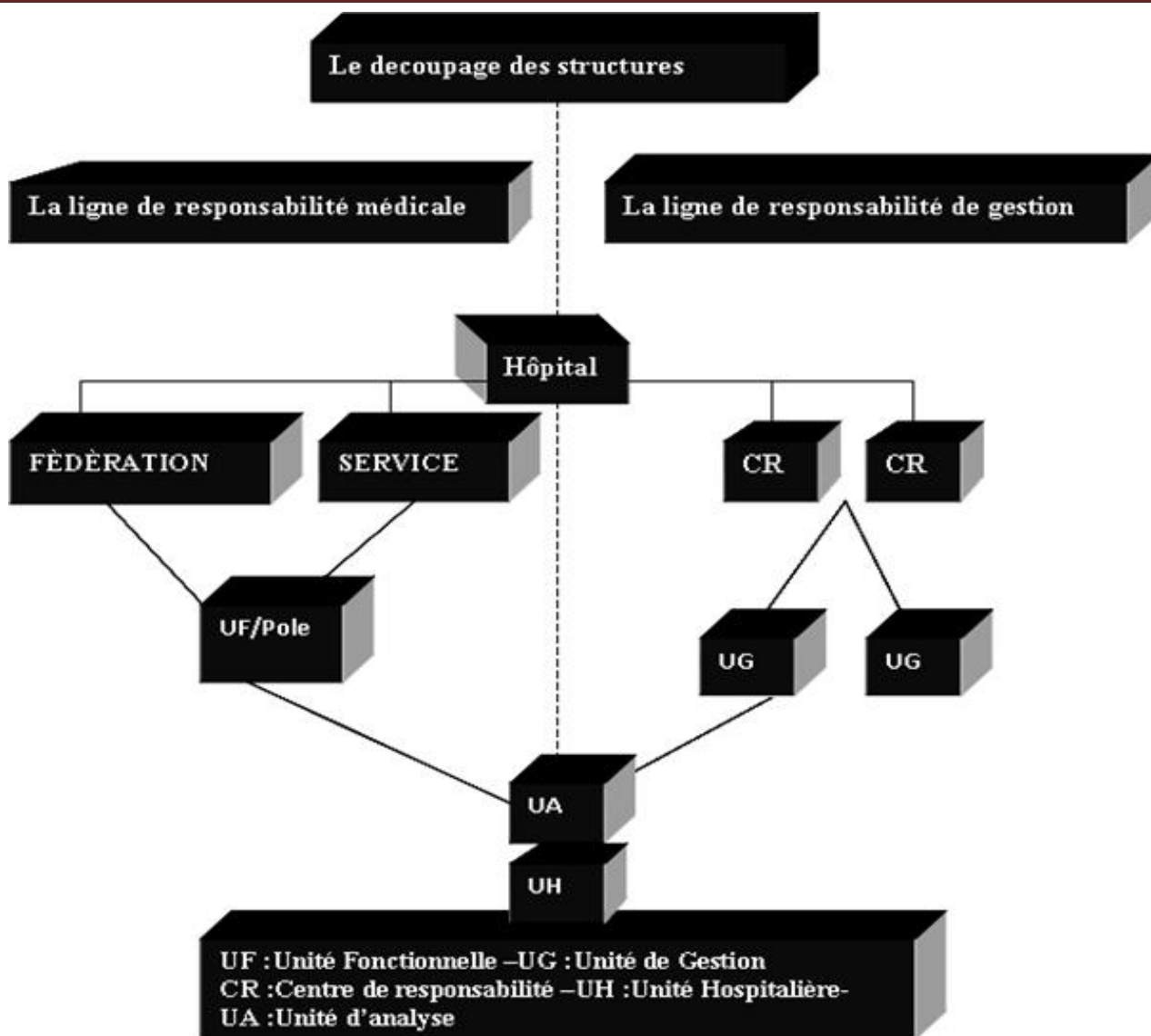


Figure.12 : Le découpage des structures en unités de gestion et unités d'analyse :(P.110, le contrôle de gestion de l'hôpital : Yvon Merlière et René Kieffer, Masson-1997).

Pour les besoins de connaissances statistiques et de contrôle de gestion, il a été constitué dans chaque hôpital et au siège, des bases d'informations centrées sur le malade, enrichies des données d'activité médicale et de coûts.

▪ b)-Le suivi transversal par « activité » :²⁸⁹ De nouvelles formes de management des hôpitaux sont apparues, dans le but d'assurer le meilleur soin aux malades. La prise en compte de la pluridisciplinarité et la complémentarité des activités est indispensable. Toutes les informations ne sont pas automatiquement, à imputer aux malades, même si le découpage, en structures reste le support majeur de collecte d'informations spécifiques, liées aux ressources. Il y a lieu de procéder à une évaluation en deux temps : (sur le plan médical ; et le plan administratif et la logistique).

1-Les activités du domaine médical : La gestion des hôpitaux (publics Français) est assurée sur le plan médical à un niveau interne « le centre de responsabilité ». Ceci conduit aussi à une forte

²⁸⁹ Le découpage transversal : l'affectation des coûts par malade et par activité –Le contrôle de gestion à l'hôpital. – Yvon Merlière et René Kieffer –P.110 -1997.

spécialisation des activités, synonyme d'un véritable cloisonnement de la pratique des soins. Elle se traduit, selon les cas, c'est-à-dire selon les équipes médicales, par des approches différentes de la ou des pathologies du malade.

2-L'objectif du regroupement des moyens : Le regroupement des moyens a le double avantage de permettre une appréhension globalisée de leur gestion. Cela contribue à assurer la meilleure utilisation possible des ressources affectées ; et de développer des structures de soins pluridisciplinaires, pour assurer une prise en charge complète des soins pour un même malade. Cette nouvelle conception réduit et peut même annuler les déplacements du malade, qui n'a plus à se déplacer d'un service à l'autre, pour des traitements. L'organisation de cette forme de management, au travers de la constitution des fédérations de gestion commune (FGC) ; est laissée à l'initiative de chaque hôpital. Ce travail d'identification des activités médicales, au sein de chaque fédération, pour une prise en charge globale du traitement des malades, est réalisé, et complété par la mise au point d'une nomenclature spécifique, composée de codes et de libellés caractérisant chaque « activité ».

10. Les activités de soutien technique logistique et administratif.

10.1. Les activités du domaine administratif et logistique :

a)-La nomenclature des activités, des deux domaines administratif et logistique, a été définie pour répondre aux besoins, de la comptabilité analytique d'évaluation, des coûts de structure²⁹⁰. L'identification des activités majeures, réalisée par le plan de comptes de la classe 9, reprend les définitions des activités rattachées aux structures. A titre d'exemple, l'activité de restauration peut se définir à partir de la commande des produits jusqu'à la livraison au lit du malade, en incluant les différentes phases, qui constituent le processus de production complet : préparation des aliments, fabrication des plats, transport dans les services, préparation dans les services, distribution au malade, etc. Pour les charges des personnels ; L'évaluation des clés de répartition s'effectue individuellement par agent, ou collectivement par catégorie de personnel, sur la base des temps de travail consacrés par chaque agent (ou chaque groupe d'agents) à chacune des activités recensées. L'affectation directe de l'ensemble des consommables, pour chaque activité comme pour chaque unité d'analyse, n'est pas toujours possible : Il appartient au « paramédical » qui gère ces éléments de veiller à communiquer les éléments d'information reproduite dans les bulletins de soins (fiche navette). Néanmoins ; certains services cliniques limitent l'affectation directe des dépenses d'exploitation courante aux seuls consommables coûteux ; dont la liste est laissée à l'initiative du responsable de la gestion de chaque unité.²⁹¹. La procédure de gestion de l'information (système d'information hospitalier) s'effectue en trois temps, de la façon suivante :

- 1^{er} action : chaque responsable de l'unité de gestion procède à la sélection des produits coûteux, qui génèrent l'essentiel de la dépense, de l'unité de gestion ; la liste de produits identifiés dans ce cadre, fait l'objet d'une table externe de paramètres introduite dans le système d'information hospitalier.
- 2^e action: au moment de la commande des consommables, l'agent responsable doit identifier l'activité, ou l'unité d'analyse d'affectation pour les produits répertoriés dans la liste de « la table paramètres ».

²⁹⁰.Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière-Bulletin officiel –N°88-14-Bis,1998.Journal officiel République Française.

²⁹¹ En effet, en application de la loi de Pareto, dans chaque ensemble de produits s'effectue une concentration des dépenses sur la consommation d'un nombre restreint de produits : 80% de la dépense peut être générée par la consommation de 5% à 15% des produits.

- 3^e action: pour les produits sans affectation directe finale, sur une activité ou sur une unité d'analyse ; les dépenses afférentes sont réparties, à l'aide de clés établies, soit sur la base du déclaratif par le responsable, soit au prorata d'indicateurs d'activité (journée, journées pondérées, admissions, admissions pondérées, actes, Indice de Coût Relatif...) ou au prorata des dépenses affectées directement.

b)-Les principes d'affectation des coûts induits des fonctions administratives et logistiques:

La prise en compte d'un découpage transversal par activité ; conduit à appréhender une démarche d'évaluation des coûts, selon les principes du calcul en coûts complets. Ceci permet, en particulier pour les activités logistiques, d'évaluer le coût de production, entre des activités de même nature qui sont exercées en régie dans l'hôpital (c'est-à-dire avec le personnel de l'hôpital) ou en sous-traitance. C'est ainsi que le coût de la sous-traitance, intègre la totalité des composantes du coût de production. Il n'est pas toujours possible, de connaître de façon directe les coûts en énergie, voire les coûts d'amortissement du matériel, nécessaire à la réalisation de l'activité considérée. De même, une activité Médico-technique de bloc opératoire ou d'exploration fonctionnelle engendre, comme toute activité médicale, des coûts administratifs, à travers les coûts de gestion du personnel, de gestion des achats et des coûts logistique tels que le nettoyage, le blanchissage, ou l'énergie. C'est ainsi que ; tous ces éléments concourent à la formation des coûts de chaque activité. La prise en compte de ces différentes composantes, en plus des coûts directs ou indirects des activités répertoriées, est nécessaire si l'on veut adapter la facturation, aux coûts de production et/ou si l'on veut comparer les coûts de production des activités ; avec ceux d'activités équivalentes , soit dans le domaine hospitalier (autres hôpitaux, cliniques privées), soit dans le domaine industriel. Le procédé de comparaison qui ne peut s'exercer, qu'à partir d'une comptabilité analytique par activité, oblige ainsi à construire un système d'évaluation des coûts complets. Le schéma d'imputation des coûts aux activités peut se traduire par , : une imputation primaire, selon le principe d'affectation directe, des moyens en personnel, et en consommables, par centre de responsabilité et par unité de gestion.. Les systèmes d'imputation primaire et secondaire sont construits au sein de chacune des activités définies dans les grandes fonctions exercées dans l'hôpital : l'administration, l'hôtellerie le plateau technique et la clinique.²⁹²

10.2. L'affectation et l'analyse des coûts « par activité » :

Permet d'englober tous les métiers de l'hôpital et d'envisager des comparaisons sur des bases communes, en vue d'une construction de coûts indépendamment de l'organisation spécifique de chaque hôpital. Cette approche de mesure des coûts, complète l'approche individualisée par malade. Il est certain que les dépenses des services administratifs et logistiques se prêtent difficilement à un tel mode d'affectation individualisé. Ces coûts d'administration et de logistique, sont considérés, comme étant au sein du coût global d'une activité « principale » ou encore, spécifiquement médico-chirurgicale. Si l'on considère que les activités administratives et logistiques ne produisent pas ,par elles mêmes, et par définition des « soins », on peut admettre qu'elles assurent des services, ou des biens, qui concourent aux soins de manière, plus ou moins directe. Ainsi, en termes d'organisation du système d'information hospitalier (SIH), Il a été indispensable de créer un lien entre deux logiques de gestion et de connaissance, qui permette de mesurer, à un niveau déconcentré dans l'hôpital, les moyens affectés. C'est à partir du niveau assurant cette fonction de lien, qu'il est possible de déverser les coûts, sur les niveaux de connaissance recherchés, que sont les malades

²⁹² Principe de répartition des charges primaire et secondaire défini par le plan comptable hospitalier selon l'usage de la méthode traditionnelle de répartition des charges vers les centres d'analyse.

et/ou les activités. Ce lien est assuré par le niveau de l'unité de gestion, qui constitue la plus petite unité d'affectation directe des moyens, en personnel et en consommables. L'unité de gestion n'est pas l'entité de négociation budgétaire, mais elle constitue ainsi, le pivot du système d'information hospitalier.

10.3. Les outils d'analyse :

Pour réaliser l'analyse économique d'un processus de production, le contrôleur de gestion ne dispose pas toujours, des informations adéquates. Car il ya lieu d'appréhender, les facteurs explicatifs des coûts de certaines structures, qui demeurent difficilement quantifiables (services administratifs d'un hôpital), et ainsi trouver , la bonne mesure de leur production, ou de leur efficacité. Pour établir des indicateurs, de comparaison des coûts des services administratifs, le guide ministériel ²⁹³de comptabilité analytique d'exploitation hospitalière propose ; d'utiliser des ratios de type « part des dépenses de l'activité dans le total des dépenses de l'hôpital ». Mais un ratio ne constitue pas en soi, un outil de mesure a priori efficace, de l'activité réelle. Concernant l'activité des services cliniques, la variété des cas traités, et la multiplicité des protocoles de soins mis en œuvre, conduit à une prise en compte de nombreuses particularités et spécificités médicales. Face à l'abondance des informations saisies, il s'avère difficile de trouver, la bonne combinaison d'indicateurs, susceptibles de rendre compte de la formation des coûts d'une pathologie, d'un service, ou d'un ensemble de services de même spécialité. La démarche traditionnelle du contrôle de gestion, en matière d'évaluation de la productivité d'une unité de production ; consiste à mesurer puis à comparer le coût de revient d'un service à l'autre ; à l'aide d'une unité d'œuvre. Sachant que la productivité d'un service n'est pas toujours mesurable ; à l'aide de la prise en compte d'une unité d'œuvre unique. C'est pourquoi, il a été jugé préférable d'introduire la notion d'unité d'œuvre composite²⁹⁴, qui tient compte de la complexité d'une activité au moyen d'un ensemble d'entités comparables. L'application de l'économétrie à été utile, pour la recherche des unités d'œuvre composites. L'analyse des données permet, de synthétiser en un nombre réduit de variables un ensemble plus vaste d'indicateurs choisis ; pour identifier les unités de production, et pour expliquer leurs coûts. Parmi les techniques d'analyse des données, il faut souligner l'apport des techniques de classification ; qui facilitent la constitution de groupes homogènes d'unités, en fonction des variables choisies. Elles permettent de réduire le nombre initial d'individus analysés ; en un nombre plus restreint, correspondant à un regroupement d'individus « homogènes ». Une combinaison de l'économétrie avec l'analyse des données est préconisée pour mieux appréhender les facteurs de coût. Trois types d'application furent testés dans le domaine médical pour ce qui concerne l'étude entreprise dans les hôpitaux de l'assistance publique de France (année 1997):

- L'évaluation de l'activité des unités d'urgence.
- L'évaluation de l'activité des services de gérontologie.
- La mesure de l'activité des services de chirurgie cardiaque.

III. Conclusion.

Une des finalités du contrôle de gestion, étant de fournir de manière impartiale, dans les délais correspondant à des besoins précis, les informations nécessaires aux décideurs, afin qu'ils puissent se situer par rapport aux prévisions ; et « réagir » à temps, si besoin est. Une structure d'information se construit à la fois, en fonction de besoins propres à des services, et pour des ensembles de

²⁹³ Bulletin officiel de la République Française sur « la comptabilité publique »-N°88-14bis 1988.

²⁹⁴ Unité d'œuvre composite : il s'agit de déterminer un coût moyen ou coefficient de pondération intégrant plusieurs variables (nature de dépenses par service) en construisant une équation pour chacune d'elles.

services ayant des aspects communs dont la « comparaison » présente un intérêt collectif. La comparaison de performances doit pouvoir être faite à l'aide de mesures susceptibles d'inciter les responsables à agir ; pour modifier une trajectoire si celle-ci s'écartait des objectifs préalablement définis. L'audit en général et le contrôle de gestion en particulier ,tel que nous venons de le décrire à travers l'expérience Française; ne peut être adapté aux structures de santé Algériennes du moins pour le moment (2010) , pour la simple raison que les conditions de bases ; structurelles et organisationnelles, devant permettre son adoption ne sont pas encore établies .Certes les organes de contrôle classiques (administratifs) sont opérationnelles ; mais, qui demeure finalement sans rapport avec les principes du management hospitalier.Toutefois, les expériences étrangères dont nous nous sommes inspirées (Françaises et Belges) , s'agissant particulièrement des méthodes d'évaluation des coûts , et des prestations de soins nous paraissent, adaptables pour notre système de santé à long terme ; si les conditions de mise en place d'un système d'information moderne , s'y prêtent à l'avenir , et que les moyens de la mise en marche de la réforme, soient mûrement réfléchis et adoptés par l'ensemble des partenaires économiques et sociaux opérant au sein du système de santé national.

PARTIE II

CHAPITRE IV.....Etudes de Cas

Introduction :

Le travail élaboré a pour but de démontrer que les méthodes traditionnelles de calcul des coûts dont se servent les gestionnaires des hôpitaux publiques nationaux ne correspondent plus aux Principes actuels de mesure des prestations fournies dans le cadre de leur activité. Encore faut il rappeler que l'absence d'un système d'information médico-économique permettant la quantification des actes médicaux a pour conséquence l'impossibilité pour les pourvoyeurs de fonds publics de gérer rationnellement le budget des institutions car l'allocation des moyens financiers et matériels en dépend largement de la manière dont les coûts sont valorisés .Le principe d'allocation des ressources s'agissant des institutions hospitalières est basé jusqu'ici sur des indicateurs de type volumiques (prix de journée estimatif), cette approche est considérée actuellement comme classique du fait que l'estimation d'un coût est subordonnée à plusieurs paramètres (paramètre de volume, paramètre de complexité, paramètre d'efficacité et autres...). D'autres méthodes ont vu le jour, particulièrement la méthode ABC (activity based costing) implantée dans la gestion sanitaire, et qui a l'avantage d'identifier les centres de coûts par nature d'activité et d'en relever leur niveau de performance et de rentabilité. Néanmoins, les hôpitaux publics se basent essentiellement sur la méthode des sections homogènes qui ne diffère pas de la méthode ABC ; mais qui est complémentaire du fait qu'à travers les études que nous présentons nous avons intégré deux types d'inducteurs l'un de complexité l'autre de volume (le temps praticien et la nature de la prestation) pour améliorer les critères de formation des coûts. Par ailleurs, Le procédé de calcul des coûts suppose l'utilisation d'un programme de comptabilité analytique hospitalier intégré à un programme de calcul médico-économique, mais en l'absence de ce programme à l'image du PMSI²⁹⁵, il nous a été difficile de cerner le poids médical et économique des pathologies par centre d'analyse. Toutefois nous estimons répondre à différentes préoccupations que nous avons abordé tout au long de notre étude qui reprend une démarche presque similaire pour les différents cas élucidés nous permettant d'apprécier les coûts tout en associant la méthode traditionnelle(méthode des sections homogènes) à celle préconisée par la méthode moderne (ABC).L'analyse globale des coûts en fonction de « l'activité » suppose un croisement entre les informations issues de la comptabilité analytique et les informations collectées dans le cadre d'un réseau informatisé intégrée à la gestion de l'établissement. La méthodologie d'analyse des charges directes et indirectes peut se résumer comme suit :

- Le découpage de l'établissement en sections d'analyse (SA) qui représentent au fait des sections principales selon la méthode des sections homogènes.
- L'affectation des charges aux sections d'analyse en utilisant des unités d'œuvres : consommations médicales et actes produits,
- Le déversement des dépenses de logistique médicale (charges Médico techniques) concernant le plateau technique sur les sections d'analyse.
- Le déversement des charges de logistique de soutien (charges d'hôtellerie) sur les sections d'analyse.
- La ventilation des charges de gestion générale et autre logistique sur les Sections d'analyse.
- La ventilation des charges de structure sur les sections d'analyse.

²⁹⁵ Le **PMSI** utilisé par les établissements de santé comme outil de gestion et de production des données ;instauré en France suite aux travaux du Professeur Fetter de l'université de Yale (inexistant dans les structures publiques hospitalières Algériennes), ce programme mis en œuvre en France consiste à relier les différents séjours hospitaliers classés en grands groupes (Diagnostics Related Groups : DRG) à leurs consommations de ressources, ceci servant de base de financement des établissements de santé participant au programme « Medicare ».

Par conséquent il est possible de distinguer un coût moyen décomposé en grands postes de dépenses :

- Les dépenses de personnel (médical, soignants, autres).
- Les dépenses de consommables médicaux,
- Les dépenses d'amortissement, de maintenance des matériels médicaux, des dépenses de logistique médicale.
- Les dépenses d'actes Médico-techniques.
- Les dépenses de logistique.
- Les dépenses de structure.

Cependant une analyse de coûts pour un établissement donné n'a d'intérêt que si ceux-ci peuvent être comparés aux coûts d'autres établissements de même taille. A cet effet nous avons projeté à travers notre étude la conception d'une échelle de coûts de référence regroupant l'activité de treize établissements de tailles différentes appartenant à une même région hospitalière. Il faut noter que ces établissements ne remplissent pas les mêmes conditions en matière de recueil de l'information à savoir absence de maîtrise des normes de la comptabilité analytique hospitalière et inadaptation de quelques structures à l'outil informatique. Par ailleurs, nous pouvons supposer que le coût de référence régional que nous aurons à proposer sera le coût médian de l'ensemble des coûts moyens évalués par « nature de prestation ». la valeur médiane sera donc celle qui coupe en deux l'effectif des coûts de chaque indicateur mesurant la prestation prise dans l'échantillon considéré (coûts de journée hospitalière) :

- Coût du « B » : pour les actes de laboratoires.
- Coût du « R » : pour les actes de radiologie.
- Coût du « C » : pour la consultation.
- Coût du « K » : pour les actes de chirurgie.

A travers les études de cas qui sont présentées ci-après ; il est question de calculer les coûts des différentes prestations en procédant à l'association de la méthode des sections homogènes et la méthode « A.B.C. » ; ainsi que la méthode « bottom-up et Top down » qui sont d'usage fréquent dans les hôpitaux étrangers.

I. Cas d'application(1): Evaluation du coût d'une prise en charge d'un patient en milieu chirurgical par l'utilisation de la méthode (ABC : Activity Based Costing).

1. La méthode « Activity Based Costing ».

1.1. Principe de la méthode ABC²⁹⁶ :

Dans les méthodes de calcul des coûts traditionnelles, le lien de causalité entre les produits et les ressources est direct : les produits consomment des ressources et cette consommation est la cause de l'existence des coûts. Dans l'approche par les activités (méthode ABC), le lien de causalité est différent : c'est l'ensemble des activités qui consomme les ressources et de ce fait, Détermine les coûts. Les produits, eux, consomment les activités. Le schéma²⁹⁷ suivant présente cette logique :

²⁹⁶ Le concept de la méthode ABC, initié par R.Cooper et R.Kaplan, part de la constatation que ce ne sont pas les produits qui consomment les ressources, mais les activités, et les diverses activités sont utilisées par les produits.

²⁹⁷ Extrait de : Pottier. F. p.88. « La Méthode A.B.C-concepts de base »-1998.

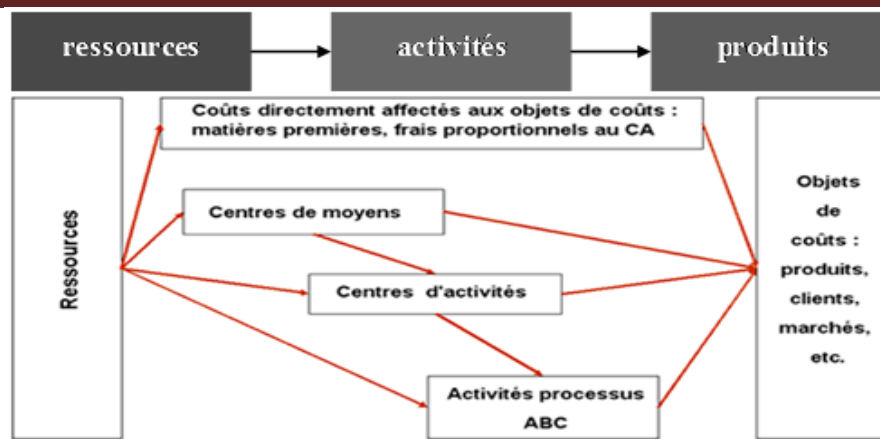


Figure.13 : (Lien de causalité entre les produits et les charges dans la méthode ABC).

Cette méthode permet de répondre aux problèmes posés par la non fiabilité des clés de répartition des charges dans les méthodes traditionnelles. Elle permet une nouvelle modélisation des organisations : on passe d'une entreprise conçue comme un ensemble de ressources à une entreprise conçue comme un ensemble d'activités. Pour mieux comprendre cette méthode, il est nécessaire de définir certains concepts spécifiques tels que : les ressources, l'activité, le processus et l'inducteur.

▪ Les ressources :

Les ressources sont les charges indirectes consommées par les activités. Les charges directes sont affectées aux produits par le biais des nomenclatures. Seules les charges indirectes sont réparties et imputées aux coûts des produits par le biais des activités. Il est plus logique d'utiliser le terme « ressources » que « charge » car « une charge est subie, alors qu'on agit sur une ressource en choisissant son niveau d'utilisation et l'activité où elle sera employée ». ²⁹⁸

▪ L'activité :

Le terme « activité » est le concept central de la méthode ABC. L'activité est une mission spécifique ou un ensemble de tâches de même nature qui sont accomplies dans un processus en vue de permettre un ajout de valeur dans l'élaboration d'un produit. « P. Lorino » ²⁹⁹ la définit comme un ensemble de tâches élémentaires ; réalisées par un individu ou un groupe ; faisant appel à un savoir spécifique ; homogènes du point de vue de leur comportement de coût et de performance ; permettant de fournir un output ; à partir d'un panier d'input (le cas de l'hôpital les Soins). La notion d'homogénéité est fondamentale dans le découpage de l'entreprise par activités. C'est elle qui permet de distinguer le concept d'activité de celui de fonction puisque les fonctions n'ont pas de comportement homogène. Elle peut se décrire par des verbes et produit un résultat bien précis. Par exemple : négocier un contrat, préparer un budget, émettre une facture... Les activités présentent le grand avantage d'être robustes face aux changements organisationnels d'une structure. Elles sont permanentes et stables, permettant ainsi analyses, mesures et comparaison dans le temps.

▪ Le processus :

Le processus est constitué d'activités. Les activités représentent ce que sait faire l'entreprise et non pas ce qu'elle voudrait faire. Le processus regroupe les activités qui ont un lien entre elles permettant de fournir un résultat précis. Le but global d'un processus est commun à toutes les activités qui le composent. Le processus a trois caractéristiques importantes : Un processus est en général transversal à l'organisation hiérarchique et aux grandes décisions fonctionnelles de

²⁹⁸ Ravignon L., « Méthode ABC/ABM, Rentabilité mode d'emploi », Editions d'Organisation, 2003, p.264

²⁹⁹ Philippe Lorino-le contrôle de gestion stratégique –la gestion par les activités –Paris –Dunod-1991- Cette définition pourrait s'appliquer à la notion de centre d'analyse.

l'entreprise. Un processus a un output global unique. Chaque processus a un client interne ou externe. Une organisation peut donc être modélisée en activités qui seront ensuite agencées en processus. Le processus représente le trait d'union entre les objectifs de l'entreprise et le déroulement concret des activités.

▪ L'inducteur :

Le terme « unités d'œuvre » utilisé dans les méthodes des coûts traditionnelles est remplacé, dans la méthode ABC, par l'inducteur. Ce nouveau terme définit les indicateurs de causes profondes de consommation. Le choix de la nature de cet inducteur est primordial : il doit permettre de répartir les ressources consommées par chaque activité. Il est à noter qu'une activité peut être caractérisée par plusieurs inducteurs. Il faut dans ce cas retenir celui exprimant le mieux la consommation de ressources.

1.2. Les Etapes de L'implantation de La méthode ABC.

Nous rappelons que le principe de la méthode ABC est le suivant : « les activités Consomment des ressources et les produits consomment des activités ». Pour mettre en œuvre ce principe, il faut d'une part déterminer le coût des activités, donc établir le lien entre les activités et les ressources et d'autre part évaluer le coût des produits, donc estimer la consommation des activités par les produits. La mise en œuvre d'une étude par la méthode ABC au niveau d'une organisation nécessite six étapes essentielles :

▪ **1^{ère}** étape : analyse des activités :

Cette étape consiste à identifier et recenser les activités réalisées dans l'entreprise, telles qu'elles sont exercées et non telles que l'on voudrait qu'elles le soient. Elle nécessite les conditions préalables suivantes : Les Objectifs de la démarche doivent être nettement définis car la représentation des activités doit être cohérente avec les objectifs immédiats et futurs de l'organisation. Le projet doit être compris et accepté par tout le personnel de la structure. Il doit s'agir d'un projet collectif impliquant tous les acteurs concernés et ceci nécessite leur adhésion. Les différentes informations nécessaires doivent être disponibles au sein de L'organisation afin de gagner du temps. Avant de démarrer l'analyse, il est nécessaire de préciser le champ exact qu'elle doit couvrir, le niveau de détail requis et le type d'information recherché. L'analyse des activités se fait en deux phases qui sont « l'analyse exhaustive » et la « Sélection concentration ». La première phase vise à décrire l'organisation et à élaborer une décomposition particulièrement détaillée des activités potentiellement significatives. La seconde phase vise à éliminer les activités peu significatives et à en regrouper d'autres selon des critères d'homogénéité. Pour réaliser l'analyse des activités et obtenir une bonne description de l'organisation, il est nécessaire d'avoir un maximum de renseignements sur la structure ; ainsi la collecte des informations doit être rigoureuse. Pour cela, deux méthodes sont proposées :-La première méthode porte sur la consultation des experts. Elle consiste à réaliser des entretiens avec différents responsables et/ou à diffuser des questionnaires, afin d'identifier les activités. La seconde méthode, plus lourde, consiste à enquêter directement sur le terrain: observer chaque service sur une période donnée, mesurer le temps d'exécution, analyser les données historiques, etc.

▪ **2^e** : saisie et affectation des ressources (charges indirectes) :

Cette étape consiste à déterminer le coût des activités en y affectant les charges indirectes. Pour identifier les charges indirectes de la structure, on utilise des données issues du système d'information de l'organisation et d'autres issues de mesures spécifiques mises en place de façon ponctuelle sur le terrain. L'affectation peut se faire soit directement, s'il existe un lien étroit entre charges et activités, soit à l'aide des clés de répartition.

- 3^e : Le choix des inducteurs ³⁰⁰

Un inducteur sert à imputer le coût des activités aux coûts des produits. Pour choisir un inducteur adéquat, il convient de déterminer le facteur de déclenchement de l'activité. Par exemple : si l'activité est déclenchée par le volume de production, on choisira plutôt un inducteur du style « nombre de pièces produites ». Les inducteurs peuvent être classés en : Inducteurs liés aux volumes fabriqués, Inducteurs liés aux lots ou aux séries, Inducteurs liés à l'existence des références, Inducteurs liés à la structure de production.

- 4^e : La phase de regroupement des activités par inducteur :

Il est fréquent que plusieurs activités aient le même inducteur. On regroupe les activités par inducteur commun et on obtient ainsi des centres d'activités. Dans chaque centre, toutes les activités ont le même inducteur.

- 5^{ème} étape : Le calcul du coût des inducteurs:

Lorsqu'on a déterminé le coût global d'une activité pour une période donnée, il est possible d'en calculer le coût unitaire. Pour cela, on divise le coût global de l'activité sur une période donnée par le nombre d'inducteurs produits sur la même période. Ainsi dans chaque centre d'activités, le coût inducteur est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Coût inducteur} = \frac{\text{Le total des ressources consommées par les activités du centre}}{\text{Volume de l'inducteur (nombre d'inducteurs)}}$$

- 6^e : imputation des ressources aux coûts des produits:

Pour évaluer la consommation des activités par les produits, il est nécessaire de construire une liste de toutes les activités que requiert la production du produit analysé. Ensuite, on évalue la manière dont ce produit consomme les différentes activités, c'est à dire le nombre d'inducteurs de chaque activité qui lui est nécessaire. Ce nombre d'inducteurs de chaque activité est multiplié par le coût unitaire de ces mêmes inducteurs. Le résultat obtenu est le coût d'une quantité donnée d'un produit.

1.3. Avantages et inconvénients de la méthode ABC.

La méthode ABC, méthode très flexible de calcul des coûts, permet de répondre de façon simple à une grande variété de questions : en effet, à partir de la base « coût d'activité », on peut construire un grand nombre d'applications, les coûts unitaires d'activité peuvent être regroupés selon des géométries variables pour déterminer différents types de coûts : coûts de produits, coûts de processus, coûts de projets, etc. Les possibilités d'analyse sont multidirectionnelles. L'approche ABC est prometteuse quant à la connaissance de la réalité des coûts ; au travers de ses fondements et de ses objectifs. Néanmoins, sa mise en œuvre repose sur l'hypothèse d'information parfaite, alors que beaucoup d'informations paraissant disponibles dans la réalité ne le sont pas. Donc les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des attentes.

2. La prise en charge du patient en intra-hospitalier.

2.1. Les phases de prises en charge :

La prise en charge du patient en milieu chirurgical s'effectue en cinq étapes successives dès lors que le patient est admis pour soins et /ou acte chirurgical :

- La phase d'admission et de position de diagnostic : Le patient est hospitalisé pour un examen approfondi, les bilans biologiques et radiologiques soutenus par un examen clinique déterminent son statut de patient et son mode d'hospitalisation.

³⁰⁰ L'avantage de la méthode « ABC » étant l'utilisation de trois types d'inducteurs, exprimant le : (volume, la complexité et l'efficacité). Pour le cas d'un hôpital, les critères de complexité et d'efficacité ainsi que le facteur volume sont déterminants dans la fabrication des coûts : « Banker, RD, Potter G., Schroder RG.-1995 ».

- La phase préparatoire à l'admission du patient en milieu chirurgical : est assurée par un traitement et une surveillance permanente, l'admission en bloc opératoire est déterminée par le degré de l'urgence que peut présenter le sujet admis.
- la phase per opératoire : représente l'étape où le patient est admis définitivement dans le bloc opératoire pour en subir l'acte chirurgical.
- la phase postopératoire : Le patient est admis en salle de réanimation et de réveil, il y reçoit un traitement et séjournera en fonction de son état de santé .La durée moyenne de séjour est fixée selon les standards de la pratique chirurgicale .La durée de séjour est déterminée par le degré de complexité de la pathologie et de l'acte ainsi que les critères cliniques d'ordre radiologiques et biologiques permettant aux médecins de mesurer l'état de santé du patient en post opératoire.
- l'enregistrement des données Médico-cliniques : est reproduit par le biais de la fiche navette et le dossier médicosocial d'accompagnement du patient .les informations cliniques se rapportant au patient sont codifiées en fonction de la nomenclature des actes(CAM).
- Sur le plan Médico-comptable : S'agissant de l'hôpital public Algérien l'information n'est pas recensée en terme de poids médico-économique ; cela étant dû à l'absence de logiciels de médicalisation des activités économiques et médicales tel le PMSI (le programme de médicalisation du système d'information).

Phases de prise en charge	Tâches effectuées
1) Phase Admission et surveillance	- Bilan de prospection du diagnostique - Biologique et Radiologique - Examen d' Ana pathologie - Bilan Cardiovasculaire
2) Phase Préopératoire	- Surveillance et Préparation)
3) Phase Per opératoire	- Accomplissement de l'Acte Chirurgical
4) Phase Post opératoire	- Surveillance et Soins
5) Phase de Sortie	- (bilan de contrôle).

Tab.8: Phases de prise en charge du patient en chirurgie générale.

Le patient est admis en consultation ; il est orienté vers un service de spécialité après diagnostic (clinique ou chirurgie). Au cas le patient est orienté vers le service de chirurgie il est soumis aux différents bilans biologiques et radiologiques ; il est mis en stade de surveillance (en hospitalisation). Le patient transite par trois phase ; le préopératoire ; le préopératoire et la phase postopératoires qui intervient après l'acte opératoire.

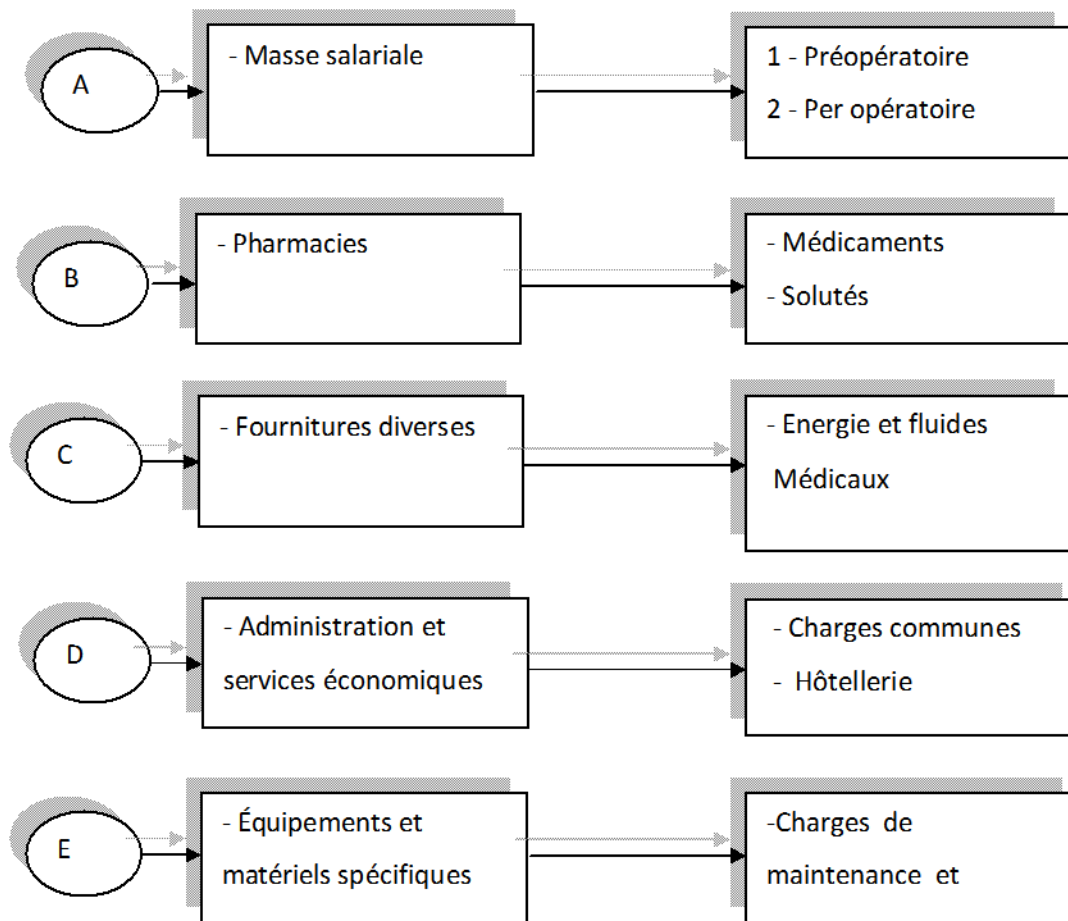


Figure.14 : Canevas des charges classées par nature.

Observation :

Le budget de l'établissement est dépensé en quatre groupes distincts de charges :

- Les Charges d'exploitation relatives au personnel.
- Les Charges à caractère médical.
- Les Charges à caractère hôtelier et général.
- Les Charges d'amortissement et les Charges financières exceptionnelles.

2.2. Les Pathologies essentielles Prises en charge par le service de Chirurgie³⁰¹ Générale :

- | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------|
| 1. Les Appendicites. | 2. Les Péritonites. | 3. Les Pancréatites. |
| 4. Cholécystites Lithiasiques et lithiasiques aiguës. | 5. Les Occlusions Intestinales. | |
| 6. Les Hernies étranglées. | 7. Les Contusions abdominales plaies. | |

3. Les charges à caractère Médico-technique.

3.1. Les Equipements et installations spécifiques :

L'unité bloc opératoire du service de chirurgie utilise pratiquement chaque jour (04) boîtes de 34 instruments dont la durée de vie ne dépassant pas cinq années. Le gros équipement est amortissable sur une durée de dix ans. Le bloc chirurgical est équipé en appareillage spécifique dont :

- 1).Poupinelle. -2).Table d'opération. -3).Défibrillateur et monitoring.-4).Chariots de soins.
- 5).Armoire à matériel.-6).Civières.-7).Aspirateur.-8).Appareil de brillance.

3.2. Instrumentation et produits associés:

- 1). Ciseaux-2).Pince.-3).Sondes cannelées. -4).seringues. -5).Tambour. -6).Gants et Plumasseaux.
- 7).Cocher -8).Ether ; biocidan ; Nitrate. -9). Baume de Pérou. -10). Sondes d'inspiration.
- 11). Fil/vicryl. -12).Ethilon. -13).Sérums physiologiques. -14).Sondes monogastriques.
- 15). Tubulures.-16).Solutions.

3.3. Consommables en pré, per et postopératoire :(liste restreinte):

- 1-Sonde vésicale 2-Drains de Redon-3-Gants stériles-4-Fil vicryl-5-Sondes d'aspiration
- 6-Transfuseurs-7-Ethilon-8-Tuyaux de raccordement-9-Cathéter-10-Fil de suture
- 11-Seringues -12-Tubulures-13-Canules-15-Seringues -16-Sondes Nasogastriques.

3.4. Médicaments et solutés. Conventionnels (liste restreinte) :

- 1. Déprivan. 2. Spasfon 3. Ampicilline 4. Sulfate de magnésium. 5. Norcuran
- 6. Plasmagel 7. Gentamicine 8-Dakin. 9-Atropine 10. Salbutamol 11. Bétadine. 12. Curares.
- 13. Viscéralgine 14. Catapressan 15. Flagyl .16. Alcool chirurgical.

4. Les charges de répartition des charges.....³⁰²

4.1. Les charges primaires et secondaires:

Les Charges Primaires et secondaires réparties par nature reprenant l'ensemble des sections opérant pour le compte du bloc chirurgical: (Les différents coûts sont repris à partir des bilans trimestriels établis par l'établissement définis selon la méthode des sections homogènes).

Nature des charges	Evaluation/DA
1. Les Charges de Personnel.	39 40 4717 : 00
2. Les Charges d'hôtellerie	38 31 08 5 : 00
3. Les dépenses de Pharmacies.	24 711 036 : 00
4. Les dépenses de Fournitures diverses.	67 42 293 : 00
5. Les charges d'Entretien et de maintenance.	86 055 : 00
6. Les Charges Communes.	5155087 : 00
7. Les Charges de Laboratoires.	83 28 184 : 00
8. Les Charges de radiologie.	26 90 80 8 : 00
9. Les charges d'amortissement.	9195278 : 00
Total général	100144 543 : 00

Tab.9 : Répartition des charges annuelles par nature de dépense pour l'année 2009.

4.2. La Consolidation des charges :

Cette opération consiste à regrouper les charges de nature similaire, c'est ainsi que certaines charges appartenant à des rubriques différentes sont regroupées en une seule tels que : (les frais

³⁰² La nomenclature des charges est inspirée du décret n°99-41 du 21-01-1999 fixant la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels visés à l'article.714-7 du code de la santé publique Français.

d'alimentation ,d'amortissement, de maintenance) qui sont versés dans la rubrique administration et services économiques .

Classement des charges par nature		Evaluation/DA	
A	Masse salariale	3. 94 04 717	00
B	Pharmacies	24 711 036	00
C	Fournitures diverses	674 229 3	00
D	Équipements spécifiques	111 05 04 7	00
E	Administration et services économiques	909 49 2	65
Total général.		172912358	00

Tab.10 : Consolidation des charges avec intégration des inducteurs de volume et de temps.

Remarque : On relève un Ecart de :**72767815,00** DA entre l'appréciation des coûts par l'utilisation du procédé traditionnel qui consiste à répartir les charges de manière homogène entre les sections et le deuxième procédé qui prend compte dans la répartition de quelques inducteurs (volume et temps).

- la différence de calcul s'explique par le fait que les documents de collecte des données comptables ne sont pas établis de manière homogène en matière de liquidation de la dépense.
- le premier procédé use de la méthode des sections homogènes basée sur le calcul des coûts par centre d'activité ce qui conduit à l'exclusion d'une part importante de charges propres à l'activité. Par contre le deuxième procédé (tableau 4.2) ,reprend la quantification des charges évalué selon l'activité même (l'acte de chirurgie), doù résulte la différence entre la méthode (ABC) qui s'intéresse aux coûts par activité et la méthode des sections homogènes dont le coût est estimée de manière aléatoire suite au système de répartition qui s'appuie beaucoup plus sur les clés de répartition standards.

4.3. La valorisation des charges en fonction des indicateurs cliniques:

Service de Chirurgie générale (année 2009). Le coût de revient par lit d'hospitalisation est = au total des charges (directes+indirectes /Nombre de lits techniques réservés au service).

Charges globales	Durée moyenne de séjour	Nombre malades admis	Nombre de lits	Prix de revient par lit d'hôpital
100144543,00	07,50	2185	105	20863 ,44 DA
Lits hôpital (Total)			847	
Nombre de Journées effectuées		15.400 Jours d'hospitalisation		

Tab.11 : Le Coût de Revient par Lit D'Hospitalisation (Chirurgie).

Nombre de B	Nombre de K	Nombre de R
866514 B	165772 K	92000 R

Tab.12 : Activité de laboratoires et de Radiologie : pour la Chirurgie (bloc)-2009.

Phases de prise en charge	Médicaments et consommables (DA)
1. Préopératoire	1.325.551,80
2. Pré opératoire	17.297.72 5,20
3. Post opératoire	6.177.75 9, 00
Total général	24.711.036, 00

Tab.13 : Les dépenses de pharmacies.

Phases de prise en charge	Médicaments et consommables (DA)
1. Préopératoire	337 114,65
2. Pré opératoire	4719 60 5,10
3. Post opératoire	1685 573,25
Total général	674 2 293,00

Tab.14 : Les Fournitures -Diverses : (Instrumentation-fluides-et divers consommables).

Phases de prise en charge	Médicaments et consommables (DA)
1. Préopératoire	4302,75
2. Pré opératoire	602 38,50
3. Post opératoire	215 13,75
Total général	²860 55,00

Tab.15 : Les Charges d'Entretien et de Maintenance :

Désignation	Valeur d'acquisition (DA)
Appareillage	2. 443. 0000,00
Instrumentation et outillage	1. 265. 0000,00
Valeur globale	3. 708. 0000,00
Taux d'amortissement (15 %)	576 2000,00
Amortissement/lit	5. 297. 142,00

Tab.16 : les Charges d'Amortissement des Equipements et Matériels Spécifiques.

Pour le calcul de la charge d'amortissement supportée par coût/opératoire il y a lieu de rapprocher la valeur estimée globale au nombre d'actes effectués par journée opératoire.

a-Soit → une moyenne : de (11) actes réalisés par journée opératoire.

Minima- Maxima de temps praticien (durée impartie)	Actes mineurs ³⁰³	Actes complexes ³⁰⁴
-15 minutes - 1Heure	08	
- 1 heure - 3Heures et plus		03
Total	11	

Tab.17 : Nombre d'actes réalisés par jour pour une capacité d'accueil de 104 lits

³⁰³ Acte simple de moyenne durée d'intervention : la moyenne standard est codifiée K.130 (en pré+per+post opératoire. En gynécologie obstétrique).

³⁰⁴ Actes complexes nécessitant un volume horaire supérieur aux standards (plus de cinq heures).

Amortissement/journée hospitalière	152 38,36
Charge supportée Par acte chirurgical	1385,30

Tab.18 : Imputation de la charge d' Amortissement des Equipements et Instrumentation pour 01 acte effectué.

nombre d'actes (moyen)	Valeur en DA
Annuel : 3685	6 74 22 93,00
Mois : 330	603 7,88
Nombre de Jours = 08 j. ouvrables	201,27

Tab.19 : Les Dépenses de Fournitures diverses.³⁰⁵

administration/Services économiques	Nombre d'actes
par Année ➡ 89 172,00/da	3300
par Jour ➡ 72 30 ,83/da	03
Coût estimé par unité (01 acte) =	3403,86 da

Tab.20 : Les Charges Communes : calculées par acte et /malade pris en charge.

5. Les Charges du plateau technique:

5.1. Répartition des Charges du Plateau Technique par Unité d'Acte Chirurgical :

Les Centres de Coûts	Annuel	Mois	Jour	imputation unitaire_en DA
-Laboratoires	8328184,00	832818,40	252 37,00	3154,62
- Radiologie	2690808,00	26908 000	896 934	320,00
-Nombre (B.)	866 514	78774	2814	-
Nombre (R.)	92 000	8364	298	-
Nombre (K.)	165 772	15 000	536	-

Tab.21 : Les Charges de laboratoires.

B: Unité de mesure de l'activité des laboratoires.

R: Unité de mesure de l'activité de radiologie.

K : Unité de mesure de l'activité de chirurgie.

5.2. Les Gestes Techniques Paramédicaux Essentiels Effectués

Pour l'évaluation des tâches pratiquées par les techniciens paramédicaux et autres personnels opérant au bloc chirurgical il ya lieu de recenser les gestes techniques conventionnels qui sont entrepris selon le protocole décrivant une intervention chirurgicale. Le tableau ci-dessus énumère les pratiques essentielles, les protocoles de chirurgie ne sont pas établis de la même façon selon qu'il s'agisse d'une intervention pratiquée par cœlioscopie ou d'une intervention pratiquée en « Laparotomie ».

Les actes des praticiens médicaux et paramédicaux sont décrits à travers une nomenclature standard internationale .La classification des actes et des procédures varie considérablement d'un pays à

³⁰⁵ Imputation des charges en fonction du nombre d'actes effectués

l'autre, en raison notamment de la multiplicité des systèmes de remboursement et /ou d'évaluation des ressources mises en œuvre.³⁰⁶ Les Gestes Techniques Paramédicaux Essentiels :

1. Soins Pré-Per et post opératoires. 2. Pansements. 3. Ablation des fils et agrafes. 4. Surveillance et ablation des drains. 5. lavage des cavités. 6. Irrigation des cavités. 7. Soins aux colostomisés. 8. Prémédication et soins en post- opératoire. 9. Examens radiologiques.

Phase de prise en charge	Dépense Annuelle/DA	Dépense /Mois_Valeur en DA
1 – Opératoire	39304177,00	358 2197,80
2 – Préopératoire		
3 - Post opératoire		
Coût/journée = 131347, 26	Coût unitaire horaire= (65673.64 / 4)	
Coût/ horaire = 1 6418,41		

Tab.22 : Dépense annuelle (coût salarial).

Phase de prise en charge	coût/moyen horaire	coût/moyen Valeur DA
1 – Opératoire.	Pour 01 heures	1 641 8,41
2 – Per opératoire.	Pour 0 2 heures	3 283 6,82
3 - Post opératoire.	Pour 01 heures	1 641 8,41
Coût Moyen Estimé :	pour 0 4 heures	6 5673,64

Tab.23 : Evaluation de la charge en fonction du volume horaire.

Pour une période standard d'un acte opératoire nécessitant au minimum **quatre (04)** heures de temps praticien. :

La main d'œuvre technique est représentée par le service accompli des praticiens médicaux et paramédicaux, le coût horaire est estimé au prorata du volume horaire de la journée « opératoire ».

Personnel intervenant par spécialité	Masse salariale estimée (globale) en DA
1. Chirurgiens 02	6. 5673,64
2. Instrumentistes 01	
3. Anesthésiste 01	
4. Réanimateur 01	
5. Autre agents 01	

Tab.24: Estimation du Coût par/Acte Opératoire/de la Main d'œuvre Technique.

5.3. Effectif du Service de Chirurgie :³⁰⁷

Intervenants	Nombre	bloc/opératoire	Ratio
01 chirurgien	14	04	0,31
02 infirmiers	25	06	0,55
03 autres	07	03	0,20
Total	46	13	

Tab.25 : évaluation des ratios par effectif

³⁰⁶ La classification CPT(current procedural terminology) aux Etats Unis : première version 1966, revue en1994.La

³⁰⁷ -Répartition moyenne de l'effectif par acte opératoire pour un équivalent de 13 intervenants composant une équipe spécialisée.

5.4. Les dépenses en Médicaments et Solutés :

La consommation en produits médicamenteux est proportionnelle au volume de l'activité du bloc opératoire qui comprend les trois phases de prise en charge bien que nous considérons que la courbe de consommation est décroissante au fur et à mesure que la durée de séjour du patient se prolonge (état de convalescence).

Consommation globale/annuelle	Par journée/opératoire
247 110 36,00	82 370 ,12
165 772 (k)	650. k/jour
(01) acte opératoire codé = 130 k	16474,00

Tab.26 : Consommation moyenne des médicaments et solutés par acte opératoire effectué.

K= Coefficient de mesure de l'activité chirurgicale.

-Le « k .130» décrit la charge Médico-économique d'un acte chirurgical nécessitant un volume horaire standard.

5.5. les charges de Laboratoires et de Radiologie :

Les charges de laboratoire et de radiologie constituent des charges annexes, indirectes figurant dans le plateau technique elles sont estimées au prorata du volume d'actes opératoire produits par le bloc de chirurgie.

Charges Annuelles	Coût De Journée En Da
1101 8992,00	3672 9,98
Imputation pour <u>01 acte</u> chirurgical	45911,25

Tab.27 : Coût des dépenses de laboratoires et radiologie

5.6. les Dépenses de Fournitures Diverses :

Représentent le petit matériel hôtelier, les dépenses de produits d'entretien, produits lessiviels, l'habillement professionnel et le linge.

Charges annuelles	Coût de journée/ valeur en da.
674 2293, 00	22474,31
imputation pour 01 acte effectué	2809,29

Tab.28: Dépenses de fournitures diverses.

5.7. Les Charges Communes :

Ce sont des charges qu'on ne peut déterminer avec exactitude la part qui revient à chaque service, leur affectation fait appel à des clés de répartition elles concernent les consommations : (Eau, Electricité, Gaz , Assurance ...) .dans notre cas la répartition est faite sur la base de la capacité en lits du service de chirurgie .

Les charges annuelles	Coût de journée_(DA)
5155087,00	1718 363,00
Imputation pour 01 <u>acte</u> effectué	2147 95,00

Tab.29 : Charges indirectes communes/Acte.

5.8. Les Charges d'Entretien et de Maintenance :

Les charges de maintenance et d'entretien sont valorisées en fonction des dépenses budgétaires effectuées durant l'exercice. Le calcul intègre la totalité des équipements biomédicaux ainsi que les

structures. La quote part imputable à une unité (acte) est déduite à partir du coût induit pour une journée.

Les Charges Annuelles	Coût de journée/ (da)
8605500,00	2868 5,00
Coût de revient : 01 acte	3590,00

Tab.30 : Coût de l'entretien et de la maintenance.

5.9. Les Charges indirectes d'Administration et des Services Economiques :

Les rubriques administration et services économiques sont considérées dans le découpage analytique comme sections auxiliaires, leurs charges sont ventilées dans la répartition secondaire par rapport au nombre de lits des services ou par rapport au taux de fréquentation des malades par service ou encore par rapport aux journées réalisées par service.

Les Charges annuelles	Coût de journée Hospitalière/en da
8900 86172,00	2995 390,00
Coût de revient par acte effectué	3.74 4 ,24

Tab.31 : Charges des services économiques.

Nature de Charges	Evaluation/dinars	Ratios
1. Les Charges de Personnels	6 5673,64	0,68
2. Pharmacies	16470,00	0,17
3. Fournitures diverses	280 9,29	0,03
4. Entretien et Maintenance ³⁰⁸	35 ,86	0,001
5. Les Charges Communes	214 7,95	0,03
6. Labo + radio	459 1,25	0,05
7. Services-Economiques	374 4,24	0,04
08. Amortissement	138 5,30	0,02
Coût global estimé.....	96857.53	100%

Tab.32 : Récapitulation des charges induites dans la prise en charge d'un « Acte Chirurgical effectué en milieu Hospitalier ».

5.10. Répartition des Charges et Extraction des Coûts unitaires Selon méthode des Sections Homogènes :

1. Total Charges Directes et Indirectes	1010470.43	Estimation du Coût de Séjour en milieu Chirurgical(DA)
2. Nombre d'unités d'œuvre	8832 Journées	7,50 Journées
3. Coût de l'unité d'œuvre ou Journée Hospitalière :	11442.00	85815,00

Tab.33 : Report des charges sans inducteurs de volume et de temps.

³⁰⁸ (1). Nb : Le Coût des contrats de maintenance est sous évalué dans le calcul des charges de maintenance des équipements. Cela étant dû au fait que les factures de contrats sur lesquelles nous avons basé notre calcul ne concerne que quelques appareillages et équipements (aux environs de 10%).

-Le coût de l'unité d'œuvre est calculé sans prise en compte du coût de l'acte opératoire (intervention technique)

-Selon une durée moyenne de séjour de **(7.50)** pour un patient devant subir un acte opératoire dont la pathologie relève de la chirurgie générale, les prévisions de charges s'élèveraient à :

Soit : (Coût de journée x Durée de Séjour = (1144 2,00 x 7,50)= 8580 5,00 DA.

5.11. Consolidation des Charges Directes et indirectes.

Désignation De l'objet du Coût	Charges Directes et Indirectes/da.	Ratio
1. Coût De Revient d'un Acte opératoire	96850, 53	0,53
2. Coût De Revient de séjour hospitalier	85955,00	0,40
Coût/global estimé Pour un Acte Complexe (Total 1+2) .	182.665,53 ⁽³⁾ T.T.C.	1

Tab.34 : Coût de l'Acte opératoire + Coût de Séjour Hospitalier.

-Soit : Cent Quatre Vingt Deux Mille Six Cents Soixante Cinq Dinars Cinquante Trois Centimes.

Remarque :

-Le coût de l'acte opératoire toutes taxes comprises a été estimé pour une prise en charge d'une pathologie répertoriée lourde c'est-à-dire complexe totalisant une durée d'hospitalisation maximale accompagnée d'un traitement et d'un suivi en réanimation postopératoire intensif.

Nature d'actes chirurgicaux	Estimation en Unités d'Actes
1-Actes Simples	2920
2-Actes Complexes	765
Total actes produits/année	3685

Tab.35 : Moyenne d'Actes De Chirurgie Réalisés par Année. ³⁰⁹

L'Acte simple nécessitant une durée de séjour moyenne de trois(03) jours d'hospitalisation. -L'Acte opératoire complexe représente l'intervention dont la durée de séjour varie en fonction du degré de morbidité de la pathologie .Pour estimer le coût d'un Acte appartenant à un GHM complexe il ya lieu d'associer le coût du séjour à un coefficient de majoration supplémentaire afin de rapprocher l'estimation faite au coût relatif. Il est important de préciser que les mêmes Actes accomplis dans deux hôpitaux différents peuvent ne pas avoir le même coût de production.

II. **Cas d'application(2)**: Estimation du coût de prise en charge d'une patiente dans un service de maternité :³¹⁰

1. Le Calcul des coûts par l'usage de la méthode des sections homogènes.

1.1. Champ de l'étude :

L'étude a été réalisée dans un service de maternité rattaché à un établissement spécialisé sous appellation : « E.H.S. » Etablissement Hospitalier, Spécialisé dans le traitement des pathologies des mères et enfants. L'établissement est autonome sur le plan de la gestion, seulement il est important de préciser que certain structures du plateau technique sont rattachées au un centre hospitalier

³⁰⁹ (Coûts établis Pour un Hôpital universitaire de type B comptant + de 600 lits).

³¹⁰ Pour une durée de séjour Moyenne standard de 3,7.

universitaire .les structures du plateau technique non autonomes concernent les laboratoires d'hémobiologie en l'occurrence et le service des explorations radiologiques .Notons par ailleurs que sur le plan du financement l'hôpital « E.HS. »est doté d'un budget autonome. Les blocs chirurgicaux utilisent les mêmes protocoles techniques que ceux reconnus dans les centre hospitaliers universitaires de type A .

▪ Les attributions d'un Centre Hospitalier universitaire /ou d'un hôpital spécialisé :

Un centre hospitalier universitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. En supplément aux soins qu'ils prodigue il est chargé de la formation médicale et paramédicale ainsi que l'éducation sanitaire .Placé sous la tutelle du ministère de la santé pour ce qui concerne les activités médicales et ainsi rattaché au ministère de l'enseignement supérieur pour ce qui concerne l'activité pédagogique.

▪ Procédé de Calcul des Coûts :

Contrairement à la méthode des sections homogènes qui a pour but l'évaluation des coûts moyens des unités d'œuvre des sections principales consommatrices de charges, nous nous proposons d'estimer les dépenses engagées dans l'activité produite en se basant sur le prix unitaire des produits consommés ,la méthode que nous utilisons est relativement proche de l'ABC (activity based costing) . On recherchera par effet d'extraction à partir de la masse budgétaire globale répartie entre les différentes sections d'analyse, le coût unitaire induit pour chaque activité entreprise. Il s'agit donc de déterminer le coût de l'activité tenant compte de l'unité d'œuvre « l'acte chirurgical » comme objet final de coût.

▪ L'identification des données :

On procède à la collecte de cinq types de données :

1/Les données Comptables (prix-coûts).2-Les données extracomptables (administratives).3-les données Médicales (actes-activités). 4-Les données Economiques (économat).5-Les données Financières (budgétaires).

▪ Les Etapes à entreprendre : La première étape :

Consiste à la collecte des informations à partir des fichiers manuels et informatiques (états et situations budgétaires d'activités –le registre de consommation des ressources). La deuxième étape : Evaluation des ratios et des indicateurs d'activités médicales. La troisième étape : fera l'objet d'analyse de l'information économique et comptable se rapportant aux charges devant être ventilées vers les activités. L'analyse et la consolidation des données nous permettent d'aboutir à la détermination des coûts des prestations ainsi que le prix de revient de journée propre à chaque unité ou centre de coûts.

▪ Les Moyens utilisés :

Les Données de la comptabilité analytique ; 2-Le Logiciel de gestion des personnels (G.PERS).3- Le Programme (gestion des produits pharmaceutiques) Epipharm ; 4- Le programme (gestion administrative des malades).

▪ Le Circuit de la patiente :

Dans son circuit de prise en charge , la patiente est suivie par une grille de relevé des activités pour mesurer le temps passé par chaque intervenant hospitalier , une grille des actes demandés et des produits consommables utilisés au cours de l'hospitalisation..L'expérimentation ayant nécessité 4étapes : premièrement : observation sur site qui consiste a relever de façon exhaustive les activités des différents intervenants et permettant de recenser le fonctionnement de l'unité observée en vue de l'élaboration de grilles de saisies et de l'élaboration de la cartographie des activités.Deuxièmement, La cartographie met en évidence le circuit de la patiente , c'est-à-dire toutes les étapes par lesquelles

la patiente transite et les personnes (les professionnels) qu'elle rencontre .. Troisièmement ; l'élaboration des grilles de saisie avec des améliorations opérées avec les intervenants .Quatrièmement ; la saisie est effectuée dans chacune des étapes du circuit de la patiente : depuis son admission (consultation) ; l'acte de préparation (anesthésie) ; la prise en charge en bloc opératoire ainsi que la prise en charge en salle de réveil .

On fera remarquer que c'est une opération complexe, car elle représente un surcroît de travail pour le personnel hospitalier et ayant nécessité une implication directe de l'ensemble des agents du service pour réaliser le décryptage du mode de fonctionnement des activités.

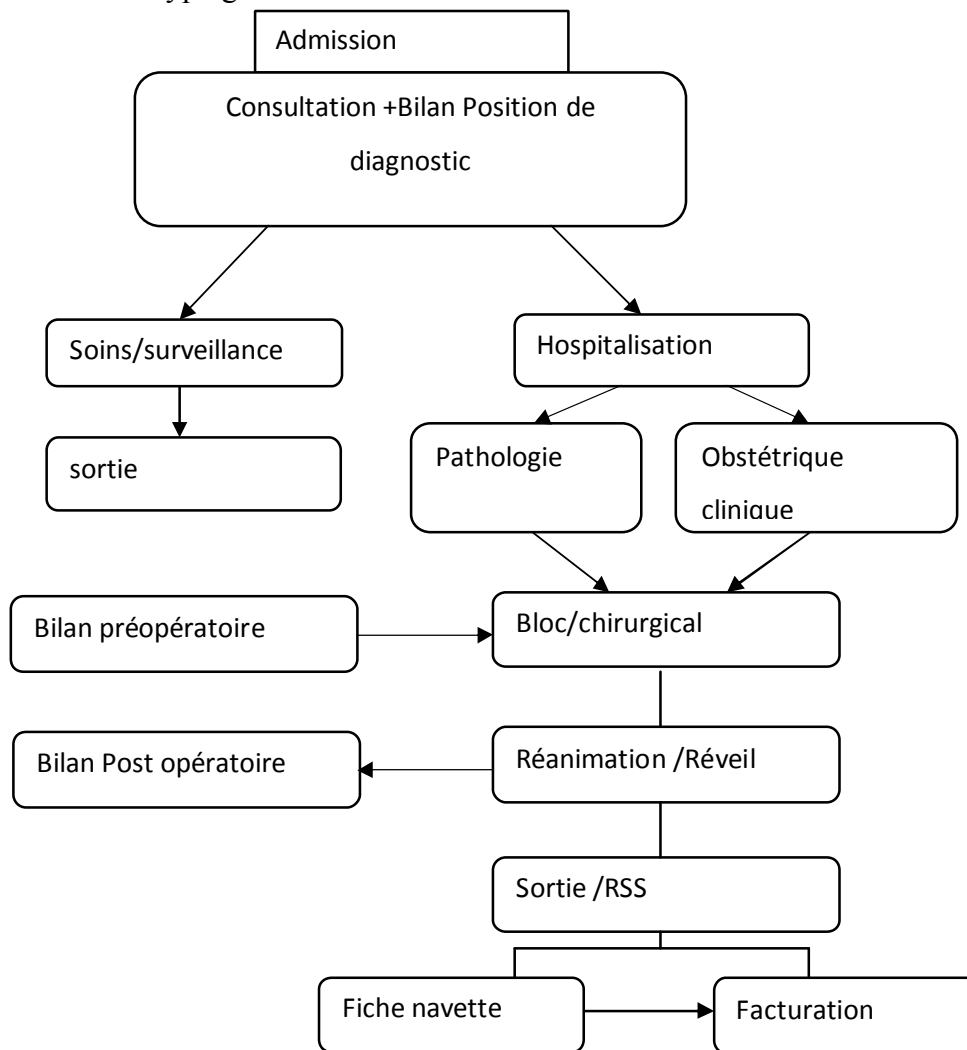


Figure.15 : Organigramme de prise en charge des patientes en obstétrique.

2. L'évaluation des Charges Directes et Indirectes.

▪ Les Dépenses Directes :

Les charges directes sont constituées ; par l'ensemble des coûts que l'on peut attribuer sans ambiguïté à un « générateur ». Celui-ci peut être une structure (unité-service) une activité ou enfin un malade. A la notion de dépenses directes correspond à un taux degré de fiabilité d'affectation.

▪ Les Dépenses Indirectes :

On désigne par dépenses indirectes l'ensemble des dépenses d'une unité ou section principale de gestion dont l'identification du fait générateur (section principale, activité, ou malade) est difficilement discernable. Il est indispensable d'affecter les dépenses indirectes à l'aide de clé de répartition préalablement définies. Partant de ce principe il est clair que pour répartir les

charges salariales du personnel affecté pour un malade il est cependant évident d'utiliser comme clé de répartition (le temps praticien) ou volume horaire de prise en charge.

▪ Les Dépenses Induites :

On désigne par (dépenses induites) l'ensemble des dépenses engendrées par une structure, une activité ou un malade et exécutées dans une autre structure.

▪ On distingue trois catégories de dépenses induites :

-Les Dépenses induites qui sont constituées par le coût des actes prescrits par les médecins dans une unité donnée dans un service clinique. L'imputation de ces dépenses est réalisée de façon indirecte en valorisant les actes mesurés par les lettres clés de la nomenclature des actes pondérés par les indices de coûts relatifs définis par le catalogue des actes médicaux (CDAM). C'est ainsi que l'on distingue la moyenne du (B) de biochimie, du (Z) radiologie standard du (Z) scanner, du (KC) bloc orthopédique. Les dépenses induites issues de la logistique telles les fonctions hôtelières ou techniques. Les dépenses induites constituées par les dépenses de la fonction administrative.

▪ Les Charges directes et indirectes de main d'œuvre concernent : Le Personnel médical ; Le Personnel paramédical ; Le Personnel de service technique ; Le Personnel administratif et autres.

-Les données sont collectées à partir des fichiers comptables de l'année (2008). Les bilans sont établis par trimestre. L'inducteur servant à quantifier les charges de salaires est représenté à travers cette étude par le volume horaire soit : le temps standard accompli ; mesuré pour chaque tâche entreprise par les agents intervenants dans la prise en charge des patients.

Désignation personnels	1° Trim.	2° Trim.	3° Trim.	4° Trim.
Médicaux	26473,30	43479,33	20268,30	53243,60
Paramédicaux	91917,22	13294,39	74320,27	13310,90
Autres	35849,98	39606,06	12433,50	79865,40
	154240,50	96379,78	107022,07	146419,90
Total général en DA.	50406225,00			

Tab.36 : Les Effectifs Médicaux, paramédicaux et autres du service de maternité : Année 2008.

Médical	36	19%
Paramédical	104	54%
Autres	53	27%
Total général	193	100%

Tab.37 : Effectif rattaché au service de gynéco-obstétrique

Praticiens médicaux	Nombre
Médecins	36
Résidents	30
Assistants	02
Maîtres assistants	03
Total général	71

Tab.38 : Effectif spécialisé

▪ Taux d'utilisation de l'effectif :

Le service de maternité (gynécologie-obstétrique) emploie (8%) de l'effectif global de l'établissement.

Désignation	Obs. Médical	Obs. Chirurgical	
Lits	104	10	114
Effectif	126	67	193
Ratio	1.26	6.7	1.69

Tab.39 :Ratio (opérateur /Lit d'hôpital³¹¹)

Désignation	Unité Obstétrique Médical	Unité Obstétrique Chirurgical	
Effectif Médi+Param+Autres	126	67	193
Malades	14329	3595	17924
Ratio E/M	0.01	0.02	0.01

Tab.40 : Effectif / Malades (Annuel 2008)

Désignation personnel	Obstétrique Médical	Obstétrique Chirurgical	
Médical	11	25	36
Paramédical	56	48	104
Malades	14329	3595	17924

Tab.41 : Personnel Médical affecté aux deux unités :

2.1. La stratification des charges :

L'ensemble des charges (directes et indirectes), réparties simultanément entre les sections principales et les sections auxiliaires, sont regroupées par nature, on dénombre ainsi neuf (09) groupes de charges dont la nomenclature peut être modifiée (Cf.T.7).

Les Charges directes : (05)
Les dépenses de personnels (salaires) médicaux.
Les produits pharmaceutiques et dérivés.
Les Gaz médicaux/Fluides.
Les dépenses de Laboratoires.
Les dépenses de Radiologie et les explorations fonctionnelles.
Les charges indirectes :(04)
Les charges d'Administration.
Les charges d'Hôtellerie.
Les charges de Maintenance.
Les charges d'Amortissement de l'équipement

Tab.42 : les charges directes et indirectes

³¹¹ -mesure la charge de travail accomplie par chaque opérateur pour prise en charge d'un lit d'hôpital.

2.2. Répartition des Charges par Nature :

Unités	A. Personnel	B.Pharmacie	C.Fluides	D.Laboratoires	E. Radiologie	Total
Obstétrique chirurgical	2536000,00	4965836,90	1811694,60	1560000,00	1250000,00	49047531,50
Obstétrique médical	28800000,00	11580000,00	2850000,00	2654320,00	1210000,00	47094320,00
Totaux/ Da.	44160000,00	16545836,90	4661694,60	4214320,00	2460000,00	537141851,50

Tab.43 : Les Charges directes : (dépenses Annuelles)

Unités	F.Adminis	G.Hôtellerie	H.Maintenance	I. Amortissement et Outillage	Total/D.A.
Obstétrique	113230,92	1012747,80	161217,75	1082577,24	2369773,71
Gynécologue pathologie	264205,44	2363078,13	112852,38	1263006,75	4003142,70
Totaux	1396515,36	3375825,93	274070,13	2345583,99	7391995,41

Tab.44 : Les Charges Indirectes : (dépenses annuelles).

- A** = Les Charges de personnel. **B** =Les Pharmacies (consommables+solutés).
C = Les Fluides médicaux. **D** =les Charges laboratoires
E = Les charges de Radiologie. **F** =Les charges d'Administration
G = Les charges Hôtelières. **H** =Les charges de Maintenance
I = Les Charges d'amortissement des équipements et outillage.³¹²

2.3. Les Equipements médicaux et l'Instrumentation Médicale.

L'instrumentation médicale est induite dans la valorisation des charges annexes. En effet cette quote part de charge est enregistrée dans le compte amortissement et dépréciation et le taux d'amortissement pratiqué pour l'appareillage que nous avons retenu est constant pour l'ensemble de l'investissement. La part d'amortissement est calculée suivant une évaluation forfaitaire. L'inventaire reprend une valeur globale estimée aux coûts d'acquisition.

³¹² Pour être amorti ; un bien doit remplir un certain nombre de critères cumulatifs : le bien doit avoir une durée de vie supérieure à un an ,ce qui fait de ce bien une immobilisation et déterminera sa comptabilisation dans le patrimoine .les coûts d'amortissements pour ce qui concerne les établissements de santé en Algérie ne sont pas comptabilisés
Deuxième condition ; le bien doit être en état de service .Il existe plusieurs types d'amortissement. Le plus couramment utilisé est l'amortissement linéaire.Troisième critère : le coût d'acquisition doit être supérieur à une valeur avoisinant (50.000 da). Pour les établissements Français la valeur était fixée à 381 euros pour l'année 2001.

Désignation de l'équipement	Quantité /unité
Appareil d'anesthésie	03
Assistant muet	04
Armoire de stérilisation	02
Aspirateur chirurgicale	04
Brumisateur	02
Bistouri électrique	03
Banque de sang Hycoauls	04
Bistouri électrique Storm	04
Chauffe sérum	03
Conditionneur d'air	02
Appareil de Cardio-secours	03
Défibrillateur	03
Appareil électrochoc	03
Jeu Hystérogaphe	02
Radiateur bain d'huile	02
Scialytique plafonnier	02
Scialytique mobile	01
Table d'opération	02
Seringue électrique	03
Source de lumière Dympus	02
Microscope opératoire	01
Table narco loque Fluotane	01
Moniteur de surveillance	02
Aspirateur pluotec	04
Moniteur de pression	04
Cardioscope SM785	04
Aspirateur anesthésique nodal	03
Jeu cœlioscopie	02
Enregistreur BEC 702	03
Valeur de l'investissement « estimé » en DA	45770000,00

Tab45 : Inventaire de l'Appareillage du Bloc-opératoire.

Une proportion annelle moyenne de la charge d'amortissement est calculée selon les annuités requises ci après :

Annuités : (avec un taux linéaire constant) :

- **6 ans** → pour l'instrumentation.
- **10 ans** → pour les équipements.
- **5 ans** → pour le mobilier médical.
- Soit une charge d'amortissement mensuelle équivalent à= **214750,00 DA**

- La charge d'Amortissement estimée par jour représentant un montant de = **7158,33 DA.**

2.4. Détermination du Coût de la Journée Hospitalière des deux unités.

(Médicale et chirurgicale) :

Désignation des charges (DA)	Obstétrique médical	Obstétrique Chirurgical
1. Salaire	70044,50	80000,00
2. Pharmacie	3216,66	13793,99
3. Fluides médicaux	5032,49	7916,67
4. Laboratoire	4333,34	7373,12
5. Radiologie	3472,23	3361,12
6. Administration	3140,57	733,90
7. Hôtellerie	2813,19	6564,10
8. Maintenance	447,82	313,47
9. Amortissement du matériel et outillage	3007,16	3508,35
Total général Coût par Journée Hospitalière/da	95507,96	123564,72

Tab.46 : Le Coût de journée hospitalière est estimé en fonction des données du budget global.

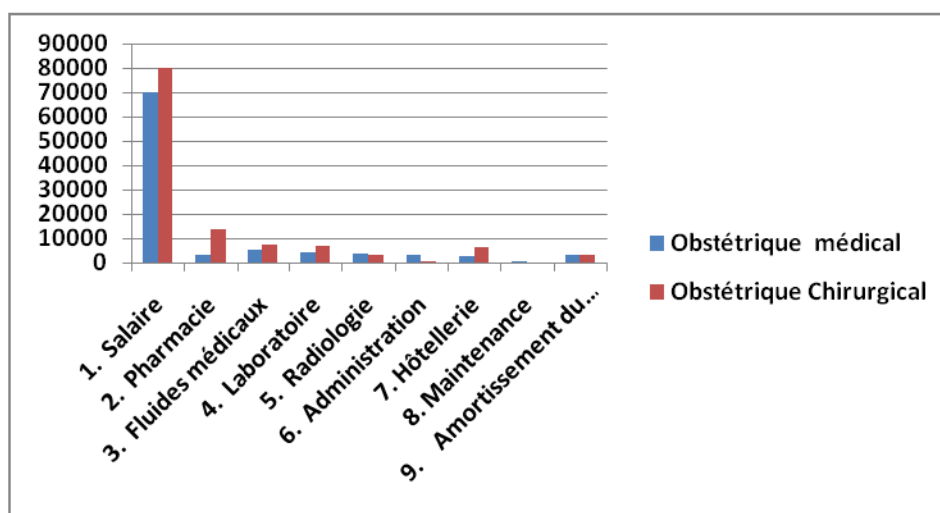


Figure.16 : Comparatif de coûts des deux unités (obstétrique Médical/obstétrique chirurgical)

Le coût de séjour est évalué en fonction de la durée moyenne de séjour ; considérant que les deux unités appartiennent à un même service ; il s'agit alors de calculer une moyenne pondérée pour les deux unités soit : Coût de séjour = **47576.07 Da.** (année**2008**). Pour une même durée de séjour et pour un établissement de même catégorie ; le coût moyen de séjour estimé dans un établissement de France pour l'année **2010** étant de **34578.00 Da.**³¹³ Le coût de séjour d'une patiente dans un établissement Tunisien est évalué pour l'année (2010) est évalué à **17421.55 Da** .En procédant à l'actualisation des coûts de**2008** par un taux forfaitaire de l'ordre de 50% (sachant que la crise de

³¹³ Soit un équivalent de 330 euros pour un taux moyen de 1[€]. =102 da. A titre de rappel le taux d'inflation est passé de 3% en 2008 à 5% en 2010-Source office National des Statistiques Algérie. Les produits et consommables hospitaliers ont été majorés de plus de 55% en deux ans.(2008-2010).

2008 a fait basculé à la hausse les produits à l'importation) ; le coût serait alors de l'ordre de : **49954.10 da**. Peut on conclure que le coût de séjour propre à l'établissement de santé national est plus élevé que celui observé à l'étranger ; la réponse ne peut être affirmative car dans le domaine de la santé il ya lieu d'établir des comparaisons à différents niveaux à savoir les rapports coûts /bénéfice et coûts/efficacité qui en l'occurrence peuvent nous renseigner sur le niveau et la qualité des prestations produites par l'institution; aussi l'accroissement d'un coût peut résulter de plusieurs facteurs ; particulièrement d'ordre économique ;financier, politique et même social. Ce que nous pouvons faire remarquer comme facteur essentiel d'accroissement des charges (indirectes) dans les hôpitaux publics nationaux ; mis à part les aléas d'ordre clinique ; le facteur « durée de séjour » qui est prolongé pour des patients nécessitant un laps de temps très réduit .Le cas de la maternité n'étant pas exclu. Par ailleurs le coût de prise en charge en obstétrique clinique (accouchement par voie basse) étant estimé dans une clinique publique Marocaine à **(1217)** dirhams soit un équivalent moyen de **(137)** Dollars U.S. (**1dollar US=8,90dirhams**).³¹⁴

▪ Pour l'estimation du coût de journée hospitalière et le coût du séjour :

1-La méthode du calcul du prix de journée hospitalière considère que les charges directes et indirectes sont réparties équitablement entre les unités consommatrices de coûts. Néanmoins il est important de préciser que les moyens ne sont pas répartis vers les centres de coûts avec le même volume, car les patients ne sont pas traités de la même façon même s'ils ont la même durée de séjour. C'est pour cette raison que le prix de journée a été remplacé par le coût propre à chaque activité. Une approche nouvelle, développée a partir de la médicalisation du système d'information hospitalière vise à répartir les coûts par malade et par groupe de pathologies (DRG et AP-DRG aux Etats unis et GHM en France). L'objectif qui préside à cette approche étant de mesurer le coût de ce qui constitue l'objet l'hôpital : les soins aux malades et le traitement de leurs pathologies. Ce système s'appuie sur : La saisie dans les services d'informations individuelles médicalisées portant sur les pathologies du patient et sur les actes réalisés, les données sont saisies et codifiées à l'aide de nomenclatures répertoriées à cet effet : La nomenclature des pathologies codifiées selon la classification internationale (CIM). ; La nomenclature des actes définie par le catalogue des actes médicaux (CDAM). ; La saisie des données administratives : mode d'entrée mode de sortie ; Saisie par le médecin du diagnostic et pathologie associées ; Ventilation des (RSA : résumés de sorties) ; Ventilation des séjours vers les groupes homogènes de maladies .Un système de pondération des (RSA)* par (GHM)* permet d'agrèger en un seul indicateur synthétique la mesure de l'activité d'un hôpital ou d'un service clinique. A chaque (RSA) d'un (GHM) est attribué le même nombre de points (ISA)*

▪ l'estimation du coût de journée hospitalière doit être majoré du coût de l'acte chirurgical et des interventions techniques qui ne sont pas pris en compte par la méthode des sections homogènes tel que pratiquée au sein des hôpitaux publics algérien et ce en l'absence de la structure informatique chargée de piloter le programme médicalisé .C'est pour cette raison que nous nous proposons d'estimer le coût de l'acte pratiqué par les intervenants de l'unité obstétrique chirurgical afin de l'annexer au coût de séjour hospitalier dans l'objectif de nous rapprocher du coût réel de la prise en charge totale de la patiente. L'étude qui fait suite aura pour objet donc de calculer le coût de la prise en charge d'une césarienne effectuée par l'unité obstétrique chirurgical.

³¹⁴ Houssein Mohammed Houssein ;Master d'administration sanitaire « analyse du coût de l'accouchement dans le secteur public Marocain » Agadir-2008.

III. Cas d'application(3).

1. Deuxième procédé de calcul.

Application conjointe de la méthode des sections homogènes et la méthode ABC pour l'estimation du coût d'un acte chirurgical effectué dans l'unité « obstétrique chirurgicale ».

Prise en charge d'une Césarienne cotée : K.130 (accouchement par voie haute).

1.1. Architecture du service de maternité et indicateurs d'activités :

▪ Les unités :

1-L'unité Admission.2-Le bloc d'accouchement gynécologique.3- L'unité d'hospitalisation obstétrique.4-Le bloc opératoire (chirurgie).5-L'unité hospitalisation des grossesses à risques et pathologies.6-L'unité de réanimation-réveil.

▪ Les indicateurs d'activités cliniques et de structure :

1-Nombre de structure (unités). 2-Nombre de lits d'hospitalisation. 3-Durée moyenne de séjour. 4-Le taux d'occupation moyenne.

Unités	Nombre. Lits	N. Malades admis	Durée Moyenne en journées	Consultations	D.M.S	T.O.M
Gynéco-obstétrique	14	14329	44787	26082	3.12	110
Bloc opératoire salle obstétricale	10 (a)	3595 (b)	3595 (c)	/ (d)	1 (e)	109 (f)

Tab.47 : Les Indicateurs d'activité

a)-nombre de lits c)-nombre de jours d'hospitalisation-b)-nombre de malades admis d)-nombre de consultations e)-la durée moyenne de séjour f)-le taux d'occupation moyenne.

c)-Les paramètres de structures :

$$1\text{-Le taux d'occupation du lit moyen} = \frac{\text{Nombre de journées réalisées}}{\text{Nombre de lits} \times 365 \text{ Jours}}$$

$$2\text{- La durée moyenne de séjour} = \frac{\text{Nombre d'entrants}}{\text{Nombre de journées réalisées}}$$

➤ Les lits organisés : représentent le nombre de lits en surplus ajoutés pour une hospitalisation de courte durée et exceptionnelle.

➤ Les Lits technique : le nombre de lits standard que doit conserver un service clinique.

$$\text{Le coefficient de rotation des lits} = \frac{\text{Nombre de lits}}{\text{Nombre de malades entrants}}$$

1.2. Les paramètres d'activités opératoires:

- Le nombre de (K) pour la chirurgie.

- Le nombre de (B) pour les laboratoires.

- Le nombre de (R) pour la radiologie.
- Le nombre d'intervention par jours effectuées.
- Le Nombre d'intervention effectuée par opérateur.
- Le Nombre d'actes d'anesthésie (k. are.)

1.3. Désignation des actes opératoires par nature : (annuel 2008)

Nature de l'acte	Code	Gynécologie	Obstétrique
Césarienne	K120		1741
H.V.H.	K100+30	204	
HVB	K100+30	88	
Pathey	K100	100	
Cœlioscopie	K80	29	
Myomectomie	K80+40	99	
Laparotomie	K80	113	
Curetage	K40	260	
Cerclage	K40	39	
Nodule du sein	K40	29	
Total gynéco-obstétrique		961	1741
Total général		2702 K	

Tab.48 : Cotation des actes opératoires ³¹⁵

▪ Le coefficient (K) de signe la valeur de l'unité de temps praticien effectué par l'opérateur soit l'équivalent monétaire rapporté à l'ensemble des charges intégrées dans le processus d'activité.

▪ L'activité correspond à la fonction de la forme :

$Y = (a \cdot x) + y$: désignant l'ensemble des charges fixes et variables (au cout complet).

a=le coefficient (K)

x=le nombre d'unité de mesure de l'acte

Le coefficient $a = \frac{K}{x}$: le cout de l'unité d'œuvre de la charge globale.

1.4. Les Examens de laboratoire et de radiologie :

Nombre de B	433300
Nombre de R	867000

Tab.49 : Nombres de « R et de B »réalisés année (2008).

Pour déterminer le coût du (B) et du (R) on doit diviser le coût des charges totales de la structure (laboratoire et radiologie) par le nombre d'unités (B) et (R).Le coût des (B) et ® est reproduit après répartition des charges indirectes vers les sections principales. La consolidation finale des charges appartenant aux sections principales et auxiliaire débouche sur la détermination des coûts des unités d'œuvres des différents services (sections principales).L'unité d'œuvre est représentée sur le plan mathématique par le coefficient (A) de l'équation de coût $(Y) = (AX+B)$.

L'équation du coût total serait de la forme : $(Y = AX+B)$ d'où :

AX = représente le total des charges variables.

B= représente les charges fixes qu'il faudrait annexer aux coûts variables.

³¹⁵ Reprise des codes de la nomenclature universelle standard (C AM : codification des actes médicaux)

Les charges fixes sont représentées par les dépenses en accessoires et équipements ainsi que les charges de structures (les annuités d’amortissement qui ne sont pas intégrées pour l’heure dans le calcul du coût de journée).

1.5. Les Dépenses de pharmacies :

<ul style="list-style-type: none"> • Selon le guide de la comptabilité analytique proposé par le ministère de tutelle et mis en œuvre expérimental vers les années 2004 ; les dépenses de pharmacies sont regroupées dans les rubriques suivantes : Médicaments sérums et vaccins. • Consommables et accessoires. • Films et produits radiologiques. • Produits de laboratoire et réactifs
Coût Total annuel = 14719865,00 DA

Tab.50: Les consommations en produits pharmaceutiques.

1.6. les Fournitures diverses : ³¹⁶

<ul style="list-style-type: none"> • Fournitures de bureau. • Linge et literie • Produits d’entretien et d’hygiène. • Matériel et mobilier d’exploitation. • Matériel et mobilier médical
Estimation total annuel = 23914864,00 DA

Tab.51 : Les dépenses en fournitures et produits d’entretien.

▪ Les éléments de coûts :

- ✓ Les charges consommées en Salle d’admission et surveillance: (Salaires) + (coûts de charge de soins) + (charges hôtelières).
- ✓ Les charges consommées en unité Per-opérateur : = (Salaires) + (consommables divers utilisés)
- ✓ Les charges consommées en unité postopérateur : = (Salaires) + (coûts de main d’œuvre) + (coûts des soins)
- ✓ d-les Charges auxiliaires qui comprennent : = (Equipements +fluides médicaux)

▪ Calcul de la masse salariale induite dans les rubriques (a, b, c) :

La clé d’imputation, est mesurée en temps praticien soit l’équivalent des charges consommées en fonction du volume horaire absorbé pour chaque phase de prise en charge.

1-Equivalent mensuel →.....**2113353,00** DA T1

2-Equivalent /Journée →.....**70440,00** DA T2

Soit en moyenne 70440,00 da→ pour 08 interventions chirurgicales effectuées par jour :

L’équivalent horaire est estimé à → **8805,00** DA T3

³¹⁶ (Comprenant les rubriques suivantes selon canevas officiel du ministère de la santé)

Unité	Total /Lits	Nombre de Malades admis	N.J.Hospitalisation
Gynéco-chirurgical	10	3595	3595

Tab.52 : Evaluation du mouvement des patients pour un exercice annuel

Pour une prise en charge de **08** actes/jour en moyenne toutes pathologies confondues(spécifique au CHU DE Tlemcen).

- Temps imparti pour **un (01)** acte chirurgical = nécessitant **130** minutes représentant le temps praticien standard universel selon codification des actes.
- L'équivalent en salaire pour **01** acte →**1100,00 DA** T4
- Durée de séjour de la patiente en postopératoire :
- Durée standard **05 jours** avec traitement et surveillance.

1.7. Charges relatives aux produits pharmaceutiques à usage unique :

Désignation des produits	P.U. x Q
Sonde vésicale	570,00
Cathéter	252,00
Fil de suture	450,00
Gants stériles	960,00
Transfuseurs	280,00
Seringues	150,00
Canules	490,00
Sonde d'aspiration	177,00
Drain de redon	290,00
Sonde d'intubation	177,00
Fil vicryl/30	650,00
Etilon	252,00
Fil de peau	670,00
Tubulure	150,00
Sonde nasogastrique	100,00
Sérums	285,00
Drogues (curare)	850,00
Alcool chirurgical	18 ,00
Compresse	36,00
Lame de bistouri	162,00
Dakin	81,00
Seringues	45,00
Norcuran	42,00
Sulfate de magnésium	24,00
Glucose / plasmagel	585,00
Médicaments (drogues)	171,00
Narcotiques	820,00
Analgésiques	80,00
Fluide médicaux	170,00
Fluotane	200,00
Prinperan	10000
Spasfon	1800
Viscéralgine	1500
Ampicilline	10438
Gentamicine	4900
Salbutamol	3700
Total général en (da).....T5.....	9892,64

Tab.53 : Fiche d'imputation des produits pharmaceutique :³¹⁷

³¹⁷ Prix actualisés pour l'année 2008 selon le fichier de la pharmacie des hôpitaux.

Remarque : Il a été recensé les drogues conventionnelles les médicaments et les consommables standard devant être dispensés pour une patiente au cours de sa prise en charge en périodes : préopératoire, per-opératoire et post opératoire.

▪ Calcul du coût imparti pour la patiente en phase postopératoire :

1-Sachant que la durée de séjour varie selon les cas opératoires selon qu'il s'agisse d'un cas simple ou complexe .Nous faisons remarquer que pour l'évaluation des cas opératoires complexes on associe au coût un supplément aléatoire mesuré à partir d'un indice de gravité ou indice de complexité.

2-Pour un cas ordinaire de Césarienne on estime une durée moyenne en phase post opératoire de 05 jours.

-Soit pour un équivalent de charges calculé selon la formule :

Coût de l'heure de main d'œuvre × volume horaire
--

-Soit.....35200 ,00 da T6

Les charges (de soutien technique) : Calculées au prorata du nombre de malades admis en bloc opératoire.

3-Les charges communes : sont calculées au prorata du nombre de lits ainsi que du volume des entrants par journées (**104 lits**).

-Les charges communes comprenant :

Energie (Gaz-électricité). Energie hydraulique. Produits d'entretiens. Literie et blanchisserie. Charges de maintenance. f-Amortissement (*)	}	Total général par annuité =2.369773,71 da. T.7 Coût /Journée..... =6492,53 da T8
---	---	---

-Soit imputation par acte chirurgical estimée à :811, 56 DA T9

1.8. Récapitulatif des charges

1-Les charges Salariales:	
-le coût de Main d'œuvre technique consentie pour l'acte opératoire :	
Coût net de l'acte opératoire	→ 8805,00 × 4 heures (Volume standard)= 35200 ,00 da (T.10)
-(Le coût de main d'œuvre technique peut être estimé pour une durée moyenne de séjour)	
05jours en postopératoire)	→ 8805,00 × 5 jours =..... 44025,00 da (T.11)
2-Le Coût des Dépenses de Pharmacies	→ (T.12) = 1375,46 da
3-Les Charges de Soutien Technique	→ (T.13)=..... 9892,64 da
4-Les Charges Communes	→ (T.14)=..... 811,56 da
Total général (pré+per+post. Opératoire)	→= (T.10+T.11+T12+T.13+T.14)= 91304.66 da

Tab.54 : Charges directes et indirectes calculées pour les trois phases.

▪ Soit l'équivalent du total des charges estimées pour les **3 phases** de prise en charge de la patiente qui subi un acte chirurgical (Un accouchement par voie haute) de type **K.130**.³¹⁸

▪ Analyse des résultats:

Pour les pathologies complexes, où la durée de séjour est prolongée, il y a lieu d'effectuer une majoration par l'induction d'un indice de « complexité ou de gravité ».

▪ L'Ecart observé entre la première méthode de calcul et la deuxième méthode s'évalue ainsi :

$$(91304.66 - 61937,39) = \dots\dots\dots 29367.27 \text{ DA}$$

a)-Soit une différence de **47%** sur le volume global des charges consommées. Cette différence pourrait s'expliquer par une sous estimation des charges de main d'œuvre technique ainsi que les charges communes pour le premier procédé de calcul et une valorisation plus ou moins appréciée, des charges techniques pour le deuxième procédé de calcul sachant que le coût « technico-chirurgical » c'est-à-dire de l'acte proprement dit n'est pas pris en compte dans le premier procédé de calcul .

b)-Par ailleurs les charges d'amortissement ne sont pas imputées à leur coût de revient réel dans le deuxième procédé de calcul ce qui tend à réduire le coût final d'une valeur comprise entre **3% et 7%**.

c)-Le Problème de l'imputation des charges indirectes : En l'absence d'un programme informatique médicalisé on s'est contenté de la méthode des sections homogènes qui ne peut en aucun cas nous renseigner sur le coût des activités cliniques. Nous estimons que par ailleurs il est possible de se rapprocher du coût de l'activité Médico-clinique en associant deux modes de calcul en même temps la méthode des sections homogènes ainsi que la méthode ABC (Activity Based Costing) qui s'intéresse à d'autres inducteurs de coûts autres que les inducteurs de volumes tels l'inducteur de complexité et l'inducteur d'efficacité . La problématique du calcul des coûts hospitaliers ; dans une large mesure se réduit à celle de l'imputation des charges indirectes. Toutes les règles de répartition que nous connaissons sont qualifiées et supposent que les coûts des objets considérés (journées-pathologies) sont identiques par unité de critères de répartition. Le coût du malade apparait donc supérieur dans les premiers jours puis diminue progressivement en fin de séjour. Frustiger et Fessler (1991)³¹⁹: proposent une règle de répartition tenant compte des indices de charge de complexité et de volume, c'est ainsi qu'il a été proposé de compléter la méthode de calcul traditionnelle par l'indexation des actes selon les critères ci après :

Actes d'investigation et de traitement	L'indice de complexité relative
Médicaments et consommables	Consommation / unité
Charges de personnel médical et paramédical	Nombre de journées pondérées par un indice de charge de travail relatif

▪ 1)-Aux Etats unis les deux méthodes de calcul du coût hospitalier couramment utilisées sont le RCC (Ratio of Cost to charge) et les unités de valeur relative (Relative value unit). Le RCC est basé sur le principe suivant : On calcule le Ratio coûts/Recettes d'une unité de soins ; ce ratio est ensuite appliqué au prix de chaque acte accompli par cette unité pour en trouver le coût. Cette méthode

³¹⁸-Césarienne codée « K.130 ».Le coût moyen d'une césarienne évalué au niveau des hôpitaux publics Marocains est estimé à 3737 D.H. soit l'équivalent de 32855,12 da. Le coût moyen de l'hôpital public Marocain est nettement inférieure soit une différence de (29082.27 da) Cf : « Structure et analyse des coûts des hôpitaux publics Marocains Ministère de la santé Marocain ; année 2005 ».

³¹⁹ -Fustiger et Fessler in « Traité d'évaluation des actes médicaux –méthodes de comptabilité médicale -1991-»

utilisée par « Medicare » considère que la proportion coût/prix reste la même pour tous les actes d'une unité de soins. On qualifie cette méthode de (Top-Down) car elle prend effet à partir du volume global de dépenses et de recettes de l'unité de soins pour aboutir au coût d'un acte. Plus l'acte est complexe plus la valeur relative de l'unité de coût est élevée (RVU). Cette approche est qualifiée de « Bottom-up » parce qu'elle prend origine au niveau de l'acte et remonte vers l'unité de soins (Baker 1998). Pour estimer les autres éléments de coût imputables les hôpitaux disposent d'une base d'allocation recommandée par le HCFA (Health Care Financing Administration) :

- Les bases de calcul servant à la répartition des coûts sont résumées ci après :³²⁰

Base de répartition	Elément de coût/charges
Surfaces	Bâtiment/structures
Valeur en unité monétaire	Equipements mobiles
Salaires brut	Frais de personnels
Coûts directs	Administration
Surface/contrats/Nombre d'équipements	Maintenance
Poids du linge	Blanchisserie
Heures de travail	Ménage
Nombre de repas	Alimentation
Heure de travail	Gestion et accueil patients
Coût des biens acquis	Services généraux

Tab.55 : quelques clés d'imputation servant à la répartition des charges indirectes.

En général le mode de calcul des coûts utilisé dans les hôpitaux sur le plan universel est la méthode des sections homogènes, la structure des coûts se traduit par une très forte proportion de coûts indirects calculés à partir de la clé de répartition (durée de séjour) et s'explique par une faiblesse de moyens informationnels qui a pour une conséquence de réduire le coût de séjour. Les coûts indirectes représentent plus de 65% des coûts totaux dans un hôpital public conventionnel, sont d'abord calculés à partir de la clé de répartition « DMS » durée moyenne de séjour et ensuite imputé aux produits ou (sections) au prorata de la durée de séjour.

- 2)-Le financement basé sur le prix de revient de journée :

En Algérie la dotation budgétaire étant calculée selon le prix de journée hospitalière, un procédé d'évaluation dont la base de calcul est représentée par la clé (Durée moyenne de séjour)sachant par ailleurs que le financement par dotation effectué pour les hôpitaux publics tient compte du prix de journée comme indicateur essentiel, cette forme d'évaluation est cependant dépassée car on présente aujourd'hui d'autres possibilités de calcul du coût des prestations en proposant la méthode du Case-Mix (DRGs-GHM) et la tarification à l'activité qui paraissent répondre plus ou moins convenablement à la problématique .

Concernant la situation du calcul des coûts dans les hôpitaux publics Algériens, on a tendance à opter pour la méthode des sections homogènes mais en l'absence du (PMSI : le programme de médicalisation du système d'information) , les coefficients relatifs aux volumes des charges qui seraient préalablement établis pour effectuer la répartition entre les différentes sections (Les centres

³²⁰ « Health Care Financing Administration » .Arid B. 1996 « Activity based cost managment in Health Care – International journal of Health Care Quality Insurance ».

d'analyses) ne peuvent être connus, ce qui conduit nécessairement à une sous estimation des coûts concernant les activités.

1.9. L'utilisation de la méthode (A.B.C).

-La méthode de (ABC) : « Activity Based Costing » laisse entendre que pour décrire fidèlement une fonction de coûts, de nombreux inducteurs, tant volumiques que de complexité et d'efficacité sont nécessaires pour représenter l'évolution de la charge. Les coûts indirects sont répartis sur les centres d'analyse, représentés par les activités en fonction des critères de répartition, appelés inducteurs des ressources, on impute ensuite le coût des activités, sur les objets de coût en fonction d'autre critères de répartition appelés inducteurs des activités.

Ont peut ramener les deux méthodes des (méthodes des sections homogènes et méthode (ABC) aux deux relations ci-après :

$$(1) C = \sum_i CA_i \qquad (2) \sum CA_i = \sum_j CP_j$$

C= charge totale à répartie

CP= coût d'un point J= (Journée/patients)

CA=centre d'analyse (i)

Nous reproduisons ci après un schéma type spécifiant l'architecture de la méthode « ABC » associée à la méthode des sections homogènes ; approche qui est cependant préconisée dans les hôpitaux publics européens et des Amériques du nord notamment au Canada.

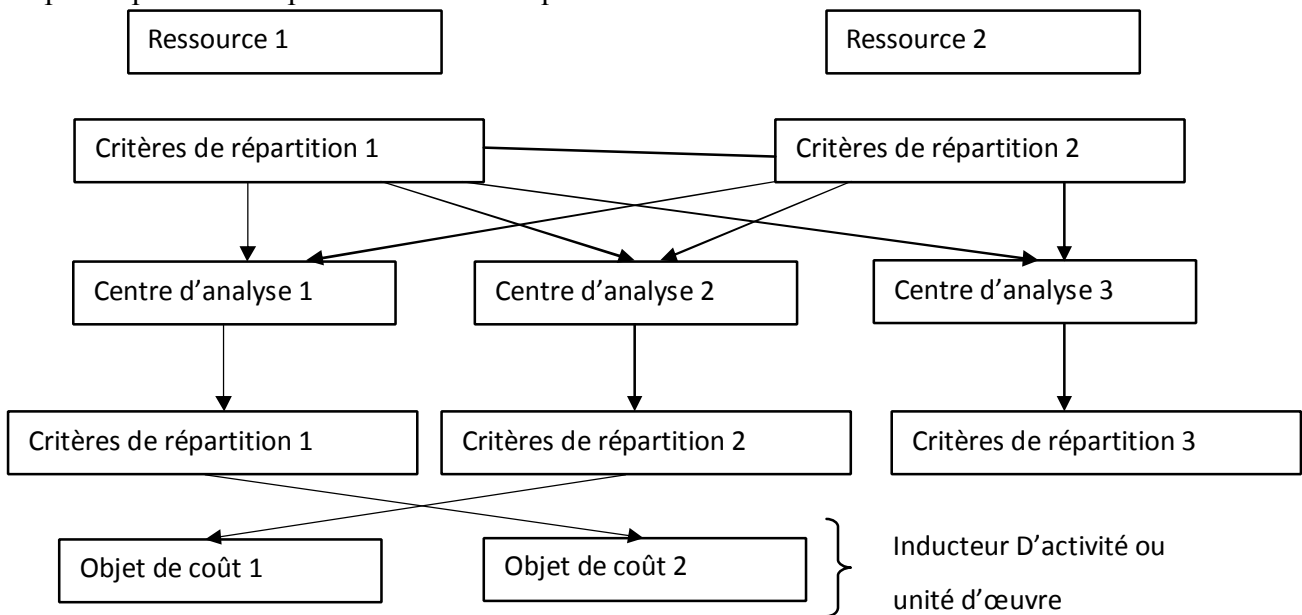


Figure C3.1 : Méthode ABC et Sections homogènes Associées Dans un Système de Gestion Intégrée (P.M.S.I.)

L'avantage de la méthode (ABC) étant l'utilisation de trois types d'inducteurs exprimant (le volume, la complexité et l'efficacité).

-L'analyse des coûts par activité (ABC) concerne prioritairement certains secteurs tels que les blocs opératoires, la pharmacie, les laboratoires, l'imagerie la restauration et la blanchisserie ; entre autre la gestion des personnels.

Pour calculer le coût pour une activité, il convient là encore, de respecter une méthodologie précise afin notamment de rendre opérante toute comparaison avec les coûts standards.

- -Le Calcul des Coûts par Durée de Séjour : il convient d'additionner :

1-Les dépenses directes affectées aux patients.

2-Les dépenses liées aux actes Médico-techniques exprimés sous forme d'un coût par unité d'œuvre (les ICR, les B, et les R) multiplié par le nombre d'unités d'œuvre consommées.

3-Les dépenses liées au séjour dans les unités médicales sous forme d'un coût de journée multiplié par le nombre de journées d'hospitalisation. 4-Les dépenses de restauration blanchisserie logistique et administration sous forme d'un coût de journée multiplié par le nombre de journées d'hospitalisation correspondant au séjour. 5-Les dépenses de structure sous forme d'un coût de journée multiple par le nombre de journée d'hospitalisation correspondant au séjour.

▪ **A) –Cas d'application virtuel :** Pour illustrer l'utilisation de la méthode (ABC) ainsi que la méthode des sections homogène nous présentons ci-après un modèle de calcul virtuel à travers lequel on fera montre de la méthodologie de calcul des différentes prestations composant le coût de prise en charge des patients.

Un patient (Y) Hospitalisé en 2008 pour une hernie discale, le patient (Y) a effectué son séjour hospitalier dans un établissement de soins de courte durée

Pendant son séjour le patient (Y) ayant fréquenté le service des urgences durant (01) jour.

- Le patient (Y) a été muté vers le service de neurochirurgie où il a séjourné durant (02) jours.
- Le patient (Y) a subi un acte chirurgical valorisé à 40 (ICR) et 60 (ICR)³²¹. d'anesthésiologie.
- Le patient (Y) ayant subi des examens de biologie valorisé à (950) B.
- Le patient (Y) ayant bénéficié des examens de radiologie valorisés à 10 (ICR).

Consommation de médicaments et consommables pour une valeur de 1000 DA.

Une scanographie coûtant →1000,00 da.

▪ Parallèlement l'établissement à enregistré pour l'année (2008) l'activité suivante :

▪ Pour le service d'urgence :

Une fréquentation de → 2000 jours
 Induisant une dépense de → 80000,00 DA
 Soit coût/journée → 4000,00 DA

▪ Pour le service de neurochirurgie :

Fréquentation de 3000 Jours.
 Dépense de 3 MDA
 Soit un coût/journée de →1000,00 DA

▪ Pour l'Activité Médico-technique :

Soit une production de 200.000 ICR.
 Dépense totale → 40.000.000 ,00 DA.
 Soit un coût par unité ICR → 200,00 DA

³²¹ L'« I.C.R. » = L'indice des coûts relatifs, calculé sur la base d'un échantillon de services ayant les mêmes caractéristiques, l'ICR est considéré comme indicateur d'activité. Pour le calcul du coût de la prestation on multiplie le nombre d'ICR par le coût unitaire de l'ICR propre à l'activité. L'ICR est un indice de coût relatif correspondant à l'unité d'œuvre des actes produits par les services médico-techniques indiquant le degré de mobilisation des ressources humaines et matérielles directement nécessaires à leur production. Un acte ayant un ICR=100 est 2 fois plus cher qu'un ICR =50 . Elaborés dans le cadre du PMSI du secteur MCO (Médecine/Chirurgie/ Obstétrique), les Indices de Coûts Relatifs constituent un outil de calcul des couts moyens par GHM. Alors que pour les services cliniques, c'est la durée de séjour qui constitue la clé de répartition, pour les blocs opératoires c'est l'ICR qui constitue la clé de répartition permettant de calculer le cout d'un acte et d'affecter à chaque séjour hospitalier une partie des couts totaux annuels des blocs opératoires, en fonction des actes pratiqués.

- Pour l'Activité d'anesthésiologie :

Production de 100.000 ICR.

Coût global → 30 MDA.

Soit un coût unitaire d'un ICR = 30000 DA

- Pour l'Activité de radiologie :

Production de 400.000 ICR.

Dépense totale → 20 MDA.

Soit un coût unitaire → 50 DA

- Pour les Laboratoires :

Production → 1M/B.

Dépenses → 2 MDA.

Coût unitaire /B → 2DA.

- Le Nombre de journées réalisées par le service des urgences Médico-chirurgicale → 15000 journées.

Dépenses (Economat)	2MDA	Coût/J	134 DA
Restauration	1MDA	Coût/J	64 DA
Logistique médicale	4 MDA	Coût/J	267 DA
Dépense de structure	3MDA	Coût/J	200 DA

Tab.56 : Charges indirectes (autres frais)

- Pour calculer le coût de séjour effectué par le patient (Y) il suffit d'additionner les différentes dépenses ou unités d'œuvre produites pendant sont séjour et valorisé à leur coût unitaire soit :

Eléments de coût/ phases	Unité d'œuvre × Nbre	Coût/DA
Admission/urgences	4000×1	4000
Dépenses indirectes chirurgie	1000×2	2000
Actes chirurgie (directes)	40×200	8000
Acte d'anesthésie	60×300	18000
Radiologie	20×50	1000
Biologie	950×2	1900
Consommables		1000
Scanner (exploration)		1000
Autres frais	(134+67+267+200)	668
Coût de revient total du séjour		37568,00 DA

Tab.57: Récapitulatif (coût de revient total)

IV. Cas d'application(4).

A-Evaluation du coût Unitaire de la séance d'hémodialyse par l'usage de la méthode ascendante de calcul des coûts, basée sur le prix unitaire (Bottom-up method).

B-Evaluation du coût de revient unitaire d'une poche de sang (Bottom-up method).

1. Introduction.

Le service de Néphrologie-hémodialyse de l'hôpital universitaire de Tlemcen prend en charge les patients qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique provenant de la ville ainsi que des localités

proches. Le centre est équipé de reins artificiels gérés par des techniciens en maintenance et ingénieurs spécialisés *formés pour le besoin*. Les séances de dialyse sont programmées de jour comme de nuit et assurant une permanence médicale et paramédicale régulière. Le service de Néphrologie-Hémodialyse entreprend aussi des opérations de « greffe-rénale » en partenariat avec les hôpitaux spécialisés dans le domaine ; établis au niveau national.

2. Section 1.

2.1. Evaluation des charges directes :

- Les charges de personnels directes : (da)
- Coûts mensuels :
 - Personnel d'exécution (médecins +paramédicaux+ techniciens)
 - Ouvrier Professionnels (agents de charge)
 - Personnel administratif (autres)

$$\text{Coût de la séance} = \frac{(1200465.76)}{(1800)} = 666.93.....T1$$

$$\text{Imputation par machine} = \frac{(120.0465.76)}{(14)} = 8.5747.55 \text{ (DA)}$$

$$\text{Taux journalier} = \frac{(1200465.76)}{(30)} = 40015.53 \text{ (DA)}$$

$$\text{Taux horaire} = \frac{(1200465.76)}{(8)} = 150058.21 \text{ (DA)}$$

Total général (salaires + indemnités fixes) 1200465.76 (da)

Nombre de séance Mensuel 1080 (S)

- Consommable à usage unique et Médicaments :
 - Consommables.....= 4608067.00 (da)...(1)
 - Solutés.....= 1103950.00 (da).....(2)

Supplément de médicament calculé au prorata de la consommation de quatre mois

$$\text{Le coût de la séance} = \frac{(5712017.00)}{(1080)} = 5288.00 \text{ (da).....T.2}$$

- Les produits Réactifs :
 - Consommation Trimestrielle..... 247360.25 (da)
 - Consommation mensuelle..... 82453.41 (da)
 - Coût de la séance 76.34 (da)..... T.3

2.2. Evaluation des charges Indirectes :

- Maintenance :

Le taux horaires d'intervention a été calculé conformément à la Convention...soit (620.00) da le coût de l'heure d'intervention technique.

Le coût d'une Séance calculé en raison de trois heures de surveillance et d'intervention technique en dehors de l'assistance interne propre à l'hôpital = (620.00 X 3)= 660.00 (da)

Le taux global mensuel est évalué à (6600 ,00 x 1080) = 712800.00 (da)

$$\text{Le coût de la séance} = \frac{(712800,00)}{(1080)} = 660,00 \text{ (da)T.4}$$

▪ La consommation en pièces de rechanges :

Les Filtres à micron et divers : (comme produits d'usage fréquents)

le prix unitaire d'un filtre (650.00x20) =13000.00 (da)

Le coût par séance = (13000.00 / 1080) =1203.70 (da)... **T.5**

▪ La Consommation en énergie Hydraulique :

Consommation /Mois -----10.000 L / J x 30 + = 300.000 L /J)

La consommation moyenne d'une séance est évaluée à : 300.000/1080= (277.77) Litres par séance.

Le coût moyen par séance est évalué (300 m3 X 66.60) =199.80 (da).....**T.6**

▪ Le coût de la consommation d'électricité :

Consommation Globale annuelle 1508882.15 (da)

Considérant que la consommation du service d'hémodialyse représente 15 % de la consommation totale.

Consommation mensuelle :.....188610.25 (da)

Coût par séance188610.25/ 1080 =174.63 (da)...**T.7**

▪ Les Charges hôtelières (alimentation et service généraux)

Le prix de revient d'un patient et par séance.....540.00 (da)...**T.8**

▪ Autres frais auxiliaires de prise en charge médicale :

Pneumologie...b-Cardiologie...c-Radiologie... ..450.00 (da).....**T.9**

Bilans de laboratoire :.....750.00 (da)..... **T.10**

▪ Les charges annexes :

Pour les transfusés sanguins ; Consommation moyenne en pochette de sang.

Considérant la consommation moyenne par malade et par séance: (01) une unité

Le coût occasionné par malade.....1800.00 X 1 =.....1800.00 (da).**T.11**

▪ Le coût de revient total estimé par séance de dialyse ordinaire :

T1.....666.93 (da)

T2.....5288.00 (da)

T3.....76.34 (da)

T.4.....660.00 (da)

T.5.....1203.70 (da)

T.6.....199.80 (da)

T.7.....174.63 (da)

T.8.....540 (da)

T.9.....450 (da)

T.10.....750.00 (da)

T.11.....1800.00 (da)

▪ Coût de revient total unitaire de la séance (CHU de Tlemcen): ³²²

▪ Total général**11809,40 (da)**³²³

³²² On retiendra que le coût moyen de la séance de dialyse fût évalué à **335 Euros** pour l'année **2008** en France selon une étude réalisée par « L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation » soit un équivalent de **40350.75 (Cts da)** -01 euro =120.45 da. Réf : Principaux résultats issus des données de coûts ENCC-2008- (A.T.I.H.)-France.

Coût de revient Moyen de la séance de dialyse (Hôpital public Marocain) :

Soit11245.16 (da).

- En France en 2006 : la séance de dialyse fût évaluée à : **(311) Euros soit 31861.95 (da)**.³²⁴

- ✓ La part de participation de la mutuelle ou de l'agence ou de l'autorité de prise en charge : 20%.....= **2361.88 (da)**

Participation de la C.N.A.S (au titre de l'assurance sociale) :

(80%.).....= **9447.52 (da)**

- ✓ On précisera que les patients dialysés relèvent de la nomenclature des malades chroniques et sont par conséquent pris en charge totalement par le budget de l'Etat.

- observation :

la recherche des éléments de l'information financière et comptable est supposée être drainée par un logiciel et différents programmes qui puisse valider et transmettre les données en temps réel ; néanmoins le passage de la comptabilité administrative à la comptabilité des coûts dépend en majeure partie de cette banque de données qui demeure absente jusqu'à l'heure actuelle; confectionnée à partir de « la fiche navette » et le « résumé standard de sortie » dont l'importance est capitale pour la mesure des ressources consommées par patient ; par nature de produits consommés et par service consommateur de ressources. Pour la seule année (2004) ; l'activité de la dialyse qui est scindée en deux types (dialyse ordinaire et dialyse péritonéale) a effectué **56358** séances ; si l'on reprend le même coût unitaire de la dialyse ordinaire rapportée à cette date (2010) on évalue le coût total à un équivalent de : $(13912 \times 11809,40) = \mathbf{164292372.80 \text{ da}}$. A noter que les prévisions annuelles budgétaires seraient pour la prise en charge des patients traités en intra-hospitalier : coût de la séance x le nombre de séance effectuées dans l'année en prenant en compte uniquement le nombre de patients resencées et pris en charge régulièrement par le (CHU) de Tlemcen, soit $12960 \times 11809,40 \text{ (da)} = \mathbf{153049824.00 \text{ (da)}}$.

3. Détermination du coût de revient d'une poche de sang (Lieu de l'étude : Le Centre de Transfusion Sanguine).

- 3.1.Présentation du service :

Le centre de transfusion sanguine de Tlemcen prend en charge tous les malades de la région en plus des patients hospitalisés nécessitant des transfusions en permanence Les services demandeurs concernent exceptionnellement les services chirurgicaux, les services de l'hématologie ainsi que besoins des cliniques privées.

Le centre procède aux analyses d'une trentaine de poches par jour en moyenne. Les agents opérant au niveau des chaînes de contrôle ont tous été formés soit dans des écoles spécialisées soit ayant reçus une formation au poste . Le centre de transfusion sanguine de Tlemcen fut relevé au rang régional et dénommé depuis : centre expérimental par l'agence nationale du sang.

- 3.2.Répartition des centres de coûts : Il existe quatre unités distinctes

- Unité de consultation
- Unité de collecte de sang
- Unité de groupage et de séparation
- Unité de sérologie

³²³ En comparaison au coût moyen de la dialyse propre aux hôpitaux publics Marocains : **1280 Dirhams** Marocains ; soit **11245.16** Dinars Algériens ; soit une différence inférieure au coût extrait de l'étude de : **564,24 da**. (1 DHM=8.78 da.)

³²⁴ Institut d'études économiques « Molinari » France -2006.

3.3. Appareillage et équipements :

Le centre de transfusion sanguine est doté des équipements suivants:

03/hycoauls.01/appareilderhésus.01/congélateurde40degré.02centrifugeuses.01/étuve.02 chaînes Elisa.01 micro ordinateur.01 faciès professionnel.

3.4. Dotation en personnels

- 01 Professeur
- 01 Maître assistant.
- 01 Surveillant médical en chef.
- 03 Médecins généralistes.
- 01 pharmacien.
- 07 Laborantins diplômés d'état.
- 01 Infirmier breveté.
- 02 Ouvriers professionnels.
- 01 Agent de saisie informatique

3.5. Timing recensé par opération de collecte et d'analyse :

- Unité de consultation : Temps Imparti 15 à 20 mn pour dix (10) patients
- Unité de collecte de sang : Pour une série de dix poches ---10 à 20 mn. (Tube Pedhvincent + Simon).
- SéparationDurée 30mn
- Sérologie.....03 Heures par opérateur et par type de test
- Révision supplémentaire : opération de « Chrosmatch »= 10 mn par poche.

Total temps praticien effectuée :.....05H10 environs.

4. Calcul des coûts :³²⁵

4.1. les éléments de calcul ont été pris sur base des données mensuelles

▪ Charges directes de personnels³²⁶

- Professeur75000.00 da
- 01 Maître assistant45000.00 da
- 01 Surveillant Médical en chef22907.12 da
- 01 Médecin généraliste.....34308.81 da
- 0 1 Pharmacien36765.93 da
- 07 Laborantins diplômés d'Etat ... (20532.00 x7) =.....143724.00 da
- 0 1 Laborantin Breveté29802.51 da
- 01 Infirmier Breveté29802.51 da
- 02 Ouvriers Professionnels27209.11 da
- 01 Agent de saisie informatique.....10129.08 da

▪ Evaluation

- ✓ Coût mensuel des charges directes des personnels.....454649.07 da.....T1
- ✓ Cotisation au titre de la part patronale : 31 % =..... 140941.21 da T2
- ✓ Estimation du coût des salaires global Mensuel.....595590.28 da.....T3
- ✓ Coût global salarial /journée..... 19853.00 da... T4

³²⁵ Utilisation dans le calcul de la méthode ascendante « Bottom-up Method ».

³²⁶ Les professeurs et maitres assistants sont rattachés sur le plan de la rémunération principale à l'université ; cependant ils perçoivent des prime en fonction de leur statut à l'hôpital en plus de leur rémunération principale .Les salaires ont été calculés avant l'application de la nouvelle grille modifiant les points indiciaires.

- ✓ Production Moyenne Mensuelle en poches =1033 Poches
- ✓ Moyenne/ jour1033 / 30 = 34 Poches
- ✓ Pour 34 Pochettes..... Coût estimé.....17517.36 daT5
- ✓ Le coût de revient unitaire salarial /poche 583.91 da.....T6
- ✓

4.2. Détermination du coût des personnels par l'induction du volume horaire :

Dans ce contexte ; il ya lieu de déterminer le volume horaire imparti pour la production d'une unité impliquant l'ensemble des intervenants (médicaux ; paramédicaux et autres).Le volume horaire est estimé à un 05 heures (prestation humaine+machines) pour la production d'un lot de poches.

- Le Coût horaire est équivalent à : Coût de journée/ 8 heures2481.62 da.....T7.
- Le Coût salarial /par poche de sang =... (2481.62x 05 h) = 12408.10 da³²⁷..... T8
- Le coût unitaire salarial estimé/poche= 12408.10/34 =.....364.94 daC1

▪ Unité de collecte : Évaluation du consommable (base d'évaluation bilan 2010)

Gants, compresses, transfuseurs, cotons, aiguilles de prélèvement, alcool, sparadrap et autres...

Calculé au prorata de la consommation mensuelle pour l'ensemble des donneurs de sang et patients

Consommables et produits à usage unique..... 280.77 Da.....C2

▪ Unité de Sérologie :

Base de calcul : Au Prix de coffrets contenant 80/100 tests.(Année 2010).

TP HA -----	5225.38 / 100 =	.....	52.25 da
HIV -----	7488.42 / 80=	.....	936.10 da
HCV -----	61124.72 / 80 =	.....	764.05 da
HBS -----	5700.64 / 80 =	.....	71.25 da
HBV -----	5700.64 / 80 =	.....	71.25 da

Coût unitaire / Poche nécessitant les cinq tests1894.90 da.....C3

Le coût total pour 34 poches : 7067.65 X 34 =240300.10...da

▪ Autres produits à usage unique

Tubes + Divers (une opération nécessitant en moyenne 03 tubes)

Coût Unitaire / Poche.....175, 00 da.....C4

▪ Coût occasionné pour l'entretien de l'équipement :

Évalué selon la convention de maintenance (standard) Pour 14 appareils :

L'heure d'intervention 2250.00

Imputation en volume horaire.....2250.00 X 5 =11250.00... da..... T8

Coût unitaire imputé par poche.....330.88 da.....C5

▪ Frais de support administratif

Base de calcul (bilan 2010 données : magasins d'imprimerie et fournitures)

Prise en charges de 1476 opérations (Annuel).....655921.36 da.

Coût estimé par unité de poche3.58 da.....C6

7-) Produits d'hygiène et entretien

Calculé au prorata de la consommation globale (bilan 2010)

Dépense annuelle.....375025.00.....T9

Dépense /journée1041.73 daT10

³²⁷ L'inducteur du volume horaire permet d'imputer la charge aux objets de coûts de façon autonome ; ce qui veut dire que la charge n'est pas étalée sur l'ensemble des produits , ce qui fait diminuer sa valeur .

Imputation / poche	30.63 da	.....C7
▪ <u>Coût de l'énergie électrique et Gaz :</u>		
(Coût calculé sur la base des factures et relevés des compteurs).		
Annuel.....	251354.08 da	
Mensuel	20946.17 da	
Imputation Unitaire / Poche.....	698.20 / 34 = 20.53 da	..... T11
▪ <u>Energie Hydraulique</u>		
1500 Litres / Jour	2.5 M ³ /J	15.64 da.....C8
▪ <u>Prix à l'achat des Consommables « pochettes »</u>		
Pochette Simple -----	267.30 da	
Pochette Double -----	361.72 da	
Coût Moyen unitaire estimé.....	314.51 da	.....C9
▪ <u>Taxes et redevances</u>		
a- Equipements -----	14%	
b- Instrumentation -----	14 %	
c- Produits et réactifs -----	21%	
d- Consommable à usage unique----	14 %	
e- Eau électricité et gaz -----	7 %	
-Total impôts et taxes à payer sur achats et prestations.....	394.63 da	.....C10
▪ <u>Récapitulatif</u>		
- C1-Salaires et indemnités.....	364.94 da	
- C2-Consommables à usage unique.....	280.77 da	
- C3-Sérologie. (Analyse du sang et tests).....	1894.90 da	
- C4-Autres Consommables non récupérables.....	175.00 da	
- C5-Maintenance (Charge d'amortissements).....	330.88 da	
- C6-Prestation d'administration et fournitures diverses...53.58 da		
- C7-Charges d'hygiène et d'entretien.....	30.63 da	
- C8-Energie Hydraulique.....	15.64 da	
- C9-Energie d'électricité et Gaz.....	20.53 da	
- C9-Coût de l'emballage (poche).....	314.5 da	
- C10-Impôts et redevances.....	394.63 da	
- C11.Le Coût de Revient Total de la poche de sang est estimé à.....	(3866.01 da)	

Soit (trois mille huit cents soixante six dinars zéro un centimes).

V. Cas d'application(5) : Expérimentation De la Méthode Des Sections Homogènes proposée pour les Hôpitaux Publics Nationaux. **Cas des Hôpitaux de La Wilaya de Tlemcen - (CHU-EHS -EPH -EPSP).**³²⁸

1. Le Calcul des coûts par la méthode des sections homogènes.

Dans l'objectif de maîtriser les dépenses Le ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière a proposé l'introduction d'un outil de gestion avec la mise en place d'un système de calcul des coûts par l'usage de la méthode des sections homogènes.

.1- Les Objectifs visés par cette Réforme :

³²⁸ CHU : Centre Hospitalier Universitaire-E.H.S. : Etablissement Hospitalier Spécialisé -E.P.H. : Etablissement Public Hospitalier-E.P.S.P. : Etablissement Public de Santé de Proximité. Décret du 19/05/2007 pour les EPSP ET EPH.Le Décret du 30/06/2007 pour les EHS et Le Décret du 02/12/1997 N°97/467 pour ce qui concerne les CHU.

L'instauration de cet outil de gestion a pour objectif tout d'abord de moderniser la gestion hospitalière à l'instar des institutions européennes et des pays émergents.

La détermination des coûts servira comme outil d'aide à l'élaboration des budgets prévisionnels et sa négociation avec les partenaires socio économiques et la tutelle sur la base d'indicateurs de mesure fiables. Elle peut être aussi un moyen au fins de mesures la performance , de la rationalisation des ressources ou encore l'adaptation d'un outil de gestion longtemps considéré comme moyen de contrôle comme nous l'avons bien rappelé en introduction. En l'absence d'un plan comptable analytique propre aux établissements publics administratifs (EPA) ; la méthode des sections homogènes ne peut en aucun cas constituer une démarche propre à la comptabilité analytique telle qu'elle est projetée dans les structures de santé publique algériennes depuis l'année 2004. A titre de rappel ; La méthode des sections homogènes a pour but la détermination d'un coût complet par service, comprenant d'une part les charges directes se rattachant à l'activité du service et d'autre part une quote - part de charge indirecte liée à l'activité globale de l'établissement. Cette quote part est calculée sur la base de (clef de répartition) tenant compte de plusieurs paramètres en l'occurrence les paramètres d'activités du services : le nombre d'hospitalisation réalisé ,le nombre d'acte effectués ,la consistance en lits le nombre de journées réalisées par le centre de coûts entre autres .Ainsi la mise en œuvre de cette méthode nécessite le découpage de l'établissement en (centres d'analyse représentant « des sections homogènes » une section homogène en effet est une unité d'activité dont la finalité est configurée dans la production d'une même unité d'œuvre le bloc opératoire à titre d'exemple et une section homogène dont l'unité d'œuvre est représentée par le « k » opératoire ou unité de mesure de l'activité .

B- Le découpage de l'établissement

a. Les sections homogènes se divisent en deux catégories les sections principales, et les sections auxiliaires placées sous l'autorité d'un seul responsable hiérarchique, d'où la notion de (centre de responsabilité).

b. Les Sections Principales : représentent les sections dont l'activité concoure directement à la production de l'unité d'œuvre. En règle générale tous les services dotés de lits d'hospitalisation sont considérés comme (sections principales), l'unité d'œuvre considérée étant la journée d'hospitalisation pour les services d'hospitalisation. Le coût de la journée d'hospitalisation est associé aux coûts des unités d'œuvres du plateau technique valorisés en « K, B, R » mesurant les activités Médico-techniques.

C-Les Sections Auxiliaires

Ce sont les sections d'analyse qui subviennent aux besoins des sections principales représentées dans le cas de l'institution hospitalière par le plateau technique et les services de soutien technique et administratif :(laboratoires –pharmacies –radiologie-parc automobile –administration –services économiques etc...).

I–Les Sections Principales :

Sections Principales	Unités d'Œuvre	Observation
Services dotés de lits d'hospitalisation	la journée d'hospitalisation	tous les services dotés de lits
Services Des consultations	la consultation	Calcul du coût moyen Cas de plusieurs spécialités.
Les urgences	le package	Le package représente l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors de sa prise en charge (consultation+ autres
Hémodialyse	La séance	Le service étant doté de lits
Médecine ambulatoire	Le package	Soins à domicile

Tab.58 : les sections principales (cas de l'hôpital)**II–Les Sections Auxiliaires à Caractère Médical**

Les Sections	Les Unités d'œuvre
1. Bloc opératoire	Le k
2. Imageries (radio - Échos – Angiographie)	Le R
3. Laboratoire	LE B
4 Explorations fonctionnelles (endoscopie – fibroscopie – EEG – Écho-dopler –cathétérisme)...	L'examen
5. Ergothérapie	La séance
6. Rééducation fonctionnelle	La séance

Tab.59 : les sections Auxiliaires à Caractère Médical (cas de l'hôpital)**III- Les Sections Auxiliaires à Caractère Général**

A. Les Services Administratifs : 1- Direction 2- Economat (services administratifs) 3- Bureau des entrées 4- Surveillance générale. B-Les Services Economiques : - Pharmacies- Magasins-

a-Les états de consommation par service ainsi que les relevés de consommation effectuée au niveau des différents magasins. **b**. Les Etats statistiques des activités cliniques et techniques. **c**-Le Canevas de répartition des charges primaires et secondaires conçus sur un support informatique.

- Le Canevas- **A** : représentant les charges :

Les charges doivent correspondre aux frais de fonctionnement des services .Il ya lieu d'extraire la part des consommations effectuées par service soit à travers les prix unitaires des produits consommés soit en usant de la règle du prorata .

-Les Charges se Subdivisent en six Catégories de Dépenses:

1. Les Charges de Personnels. 2. Les charges d'Alimentation. 3. Les charges de Pharmacies. 4. Les Charges de Fournitures diverses. 5. Les Charges d'Entretien et de Maintenance. 6. Les Charges communes.

a. Les Dépenses de Personnels : Les dépenses de personnels concernent la masse salariale dans sa totalité (salaires de base + les indemnités rattachées) certaines primes sont calculées au forfait ,la répartition des charges salariales se fait par corps et par service .

b. Dépenses d'alimentation :-Par le biais de cette rubrique on enregistre le nombre de repas servis aux patients ainsi qu'au personnel de garde, on en déduit le coût de la journée alimentaire ainsi que le coût unitaire d'un repas.

c. Dépenses des pharmacies : Dans cette rubrique il ya reprise de cinq catégories de dépenses : 1- Les médicaments ; pansements et vaccins. 2 - Les consommables et accessoires. 3- Les films et produits à la biologique. 4 – Les réactifs et produits de laboratoires. 5 – Les fluides médicaux.- Pour la gestion des dépenses de pharmacies on note qu'il ya usage d'un logiciel dénommé relié à un serveur à l'échelle centrale, il est utilisé par ailleurs pour réguler le mouvement des stocks de pharmacies entre hôpitaux .: « Epipharme ».

d. Les Fournitures Diverses :

-Sont reproduits les états de consommation de cinq catégories de consommables et non consommables : 1- Les Fournitures de bureau. 2-Le Linge et habillement hospitalier. 3- Les Produits d'hygiène. 4-Le Matériel et mobilier non médical. 4-Le Matériel et mobilier non médical. . 5-Le Matériel et mobilier médical.

e. Les Charges d'Entretien et de Maintenance : Cette rubrique reprend les charges consommées par les services en matière de travaux et d'entretien, une quote part de ces charges est ventilée vers la rubrique charges communes.

f. Les Charges Communes : - Elle s'apparentent aux dépenses qui ne sont pas quantifiables de manière objective et dont l'estimation nécessite l'utilisation de clés de répartition ainsi que la règle du prorata.

Le Canevas - B :

a. **La Répartition Primaire des Charges** :

Les charges primaires sont réparties par période trimestrielle l'opération de récapitulation des données est entreprise en fin d'exercice. Les charges enregistrées sont reprises à partir des registres dont les mandats ont été réellement liquidés, car cette pratique évite les transcriptions de fausses dépenses sachant que certains engagements pris par les ordonnateurs sont annulés pour des raisons quelconques.

b. **La Répartition Secondaire des Charges** :

L'opération consiste à répartir le total des charges de chacune des sections auxiliaires sur l'ensemble des sections principales par le biais de clés de répartition .Ce procédé nécessite au préalable le calcul des coûts des unités d'œuvre de chacune des sections auxiliaires à caractère médical ou autre qui serait obtenu en divisant le coût total des charges de la section auxiliaire par le nombre d'unités d'œuvres réalisées. .-La part globale des charges d'une section auxiliaires qui revient à une section principale est obtenue en multipliant le nombre des unités d'œuvres consommées par la section principale par le coût de l'unité d'œuvre correspondant. Pour ce qui concerne les sections auxiliaires à caractère général, la répartition de leurs charges entre les différentes sections principales se détermine par la règle du prorata (unité monétaire). La part des charges d'une section auxiliaires qui revient à une section principale est L'équivalent en pourcentage de cette section par rapport à la somme des charges des sections principales.

La formulation étant la suivante :

1. On procède au calcul de la somme des charges de l'ensemble de sections principales.

2. On détermine le ratio de chaque section principale par rapport à la somme globale des charges affectées aux sections.

3. Affectation à chaque section principale un pourcentage de charges de la section auxiliaire équivalent à son propre ratio par rapport à la somme globale des sections.

Le Canevas –C :

Cette dernière phase représente l'étape qui permet d'extraire les différents coûts des unités d'œuvre : le coût des journées d'hospitalisation des services cliniques et chirurgicaux, le coût des indicateurs d'activité : la valeur des : « B, K, R ». L'opération consiste à consolider les données produites par la répartition primaire et secondaire elle est assimilée à une opération de synthèse.³²⁹ - On trouvera en annexe : les tableaux consolidés des charges imputées aux sections principales et auxiliaires (charges directes et indirectes) :

-1-Les tableaux reprenant l'activité des laboratoires « B » et « R » représentant les activités de radiologie et des explorations fonctionnelles -2-Les tableaux C reproduisant la répartition des charges primaires et secondaires ainsi que la synthèse avec extraction des coûts des unités d'œuvre. Il est présenté ci après ; Les tableaux statistiques des différents Centres de Coûts ; reprenant les activités d'une année : l'année 2009. Nous faisons remarquer aussi que les données de l'année 2008 sont prises comme base de calcul sachant que les résultats enregistrés entre ces deux périodes (2008-2009) serviraient de moyennes standards pour l'élaboration d'une échelle de coûts propre aux structures de santé relevant de la wilaya de Tlemcen .L'échantillon de l'échelle de coûts est composé de Neuf hôpitaux rattachés à la région. Elle est construite sur la base de la méthode des sections homogènes et traduit le coût des journées hospitalières ainsi que les coûts unitaires des activités des plateaux techniques mesurés en (B, k et R).Pratiquement l'ensemble des secteurs visités utilisent la même nomenclature ainsi que la même codification des charges, seulement le niveau de l'appréciation n'étant pas similaire du fait des disparités qui existent entre les différents hôpitaux par rapport au système d'information utilisé. Même si le canevas³³⁰ est standard pour ce qui concerne le découpage de l'établissement, l'interprétation et la gestion des données permettant de calculer les différents coûts en est disparate .c'est pour cette raison que souvent le coût des prestations est différents entre structures presque de même taille et relativement doté d'un budget presque rapproché. D'autres facteurs bien sûr peuvent expliquer la disparité de coûts des prestations des structure de taille rapprochée : notamment le nombre de malades admis ; l'état des équipements utilisés dans la prise en charge , le niveau de qualification médicale entre autre ; car la non maîtrise des schémas thérapeutiques souvent influe sur les coûts observés , car cela se traduit par un allongement de la durée d'hospitalisation du patient traité et par voie de conséquence le budget des dépenses s'alourdit.

Observation : Eu égard à la charge documentaire relative à la collecte de l'information produite par les différentes structures de l'établissement (le cas du CHU de Tlemcen) ; notre analyse fût limitée aux documents de synthèse reproduits par le biais des tableaux (C).Nous reprenons ci-après les tableaux définissant la phase finale de répartition des charges primaires et secondaires, c'est ainsi que les coûts des unités d'œuvre sont déterminés ;³³¹ selon les tableaux de synthèse qui suivent.

³²⁹ Se référer aux tableaux repris en annexe pour les données de synthèse(canevas C1+C2+C3+C4).

³³⁰ Le schéma analytique de l'imputation des charges conçu par le ministère de la santé de la population de la réforme hospitalière .Canevas reproduisant le schéma analytique comptable (préalable au plan comptable hospitalier codifié).Inspiré du schéma Français ; (mis en œuvre en 2002).

³³¹ Tableaux C5 : concernent la répartition secondaire des charges directes et indirectes .La numérotation et l'indexation des tableaux est reprise selon le canevas officiel élaboré par le ministère de la santé et soumis à l'application par les

Application de la méthode des sections homogènes pour l'extraction des coûts des unités d'œuvres : (Centre Hospitalier Universitaire de Tlemcen).

A-Tableaux de répartition primaire et secondaire des charges :¹ (Période2010)-

Les Tableaux de Synthèse (A).

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE

SECTIONS AUXILLIAIRES

TABLEAU C3-1

	Med-Nucléaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	.Med. prévent.	Adminis	Serv -Econ	Serv-Soc
PERSONNEL	34 006 325	51 754 109	11 967 121	37 533 733	13 842 710	70 725 203	75 673 443	552 038
ALIMENTATION	174 988		983 712	0	0	871 313	9 070 704	0
PHARMACIE	26 778 090	17 793 642	7 807 722	5 004 038	1 809 385	0	303 499	9 409
FOURNIT-DIVERSES	1 335 416	2 370 352	1 840 946	8 118 385	314 670	9 949 305	6 243 731	343 241
ENTRET & MAINTEN	67 915	87 330	9 250	62 550	4 560	200 301	283 185	135 135
CHARGES COMMUNES	4 299 358	4 964 137	1 558 673	3 496 606	1 101 081	5 635 671	6 313 255	71 687
TOTAL	66 662 091	76 969 570	24 167 424	54 215 311	17 072 406	87 381 793	97 887 817	1 111 509
Médecine nucléaire	66 662 091							
Laboratoire		76 969 570						
C-T-S			24 167 424					
Radiologie				54 215 311				
%								
SEMEP					17 072 406			
Adminis						87 381 793		
Serv-Econo							97 887 817	
Serv-Socia								1 111 509
Tot.Rép.Secon B								
Tot. Gén. A+B	66 662 091	76 969 570	24 167 424	54 215 311	17 072 406	87 381 793	97 887 817	1 111 509
Nature :Unité d'œuvre	RZ Spécialisé	Nbre de B	Nbre Poche Sang	Nbre de R				
Nombre U.O.	1 503 440	10 058 502	15 067					
Coût de l'Unité d'Œuvre.	44,34	7,65	1 604,00	44,65				

Tab C.1: Répartition primaires et secondaire des charges directes et indirectes-2010

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE

SECTIONS AUXILLIAIRES

TABLEAU C3-2

	Chirurgie -A	Chirurgie -B	Urologie	O-T-R	Neurochirurgie	OPHTALMOLOGIE	ORL	Stomatologie
PERSONNEL	39 404 717	30 664 101	10 497 488	29 417 744	21 916 862	20 494 076	27 789 505	27 782 174
ALIMENTATION	3 831 085	1 568 616	670 188	3 416 528	3 858 724	1 860 035	1 428 897	0
PHARMACIE	24 711 036	13 887 511	5 579 429	16 414 752	15 078 778	5 708 391	44 143 241	6 052 944
FOURNIT-DIVERSES	6 742 293	1 765 644	5 230 030	9 111 443	7 912 807	17 571 752	4 980 030	7 240 305
ENTRET & MAINTEN	86 055	153 220	8 310	80 912	107 810	58 644	58 822	42 080
CHARGES COMMUNES	5 155 087	3 311 870	1 515 702	4 029 016	3 369 497	3 150 121	5 405 020	2 834 688
TOTAL	79 930 272	51 350 961	23 501 147	62 470 394	52 244 478	48 843 020	83 805 515	43 952 191
Médecine nucléaire	3 308 565	2 125 577	972 786	2 585 845	2 162 563	2 021 766	3 468 973	1 819 319
Laboratoire	3 820 144	2 454 240	1 123 201	2 985 676	2 496 944	2 334 377	4 005 355	2 100 627
C-T-S	1 199 475	770 599	352 670	937 463	784 007	732 963	1 257 628	659 569
Radiologie	2 690 808	1 728 701	791 153	2 103 031	1 758 781	1 644 273	2 821 265	1 479 626
%	4,9632%	3,1886%	1,4593%	3,8790%	3,2441%	3,0329%	5,2038%	2,7292%
SEMEP	847 336	544 368	249 134	662 244	553 840	517 782	888 417	465 934
Adminis	4 336 922	2 786 243	1 275 144	3 389 570	2 834 724	2 650 165	4 547 188	2 384 794
Serv-Econo	4 858 356	3 121 236	1 428 457	3 797 102	3 175 546	2 968 797	5 093 902	2 671 521
Serv-Socia	55 166	35 441	16 220	43 116	36 058	33 710	57 841	30 335
Tot.Rép.Secon B (1)	21 116 770	13 566 405	6 208 766	16 504 047	13 802 463	12 903 832	22 140 570	11 611 725
Tot. Gén. A+B (2)	101 047 043	64 917 367	29 709 913	78 974 441	66 046 942	61 746 852	105 946 085	55 563 916
Nature :Unité d'œuvre (3)	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	Nbr de D
Nombre d'unités d'œuvre	8832	8913	6715	12023	13102	9979	11217	189 611
Coût de L'unité d'œuvre	11 441,01	7 283,45	4 424,41	6 568,61	5 040,98	6 187,68	9 445,14	293,04

Tab C.2: Répartition primaire et secondaire des charges directes et indirectes-2010.

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRCETES ET INDIRECTES

Evaluation en da

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE

SECTIONS AUXILLIAIRES

TABLEAU C3-3

	Urgences MC	Med-Interne	Neurologie	Hépto-Castro	Infectieux	Pneumo-phtisio	Cardiologie
PERSONNEL	61 659 482	23 522 956	18 792 923	23 169 098	15 607 615	16 354 386	32 755 127
ALIMENTATION	12 462 516	3 038 144	3 790 408	1 650 335	1 004 444	2 793 876	4 674 816
PHARMACIES	39 594 128	13 510 340	44 742 900	26 436 495	8 623 317	6 244 421	12 401 770
FOURNIT-DIVERSES	13 010 579	1 030 393	1 212 663	744 243	998 986	663 720	4 055 815
ENTRET & MAINTEN	175 310	12 210	13 590	112 542	10 715	37 625	51 513
CHAR-COMMUNES	8 748 770	2 834 449	4 726 087	3 592 710	1 809 366	1 798 952	3 718 619
TOTAL	135 650 785	43 948 493	73 278 570	55 705 423	28 054 443	27 892 981	57 657 661
Médecine nucléaire	5 615 011	1 819 166	3 033 230	2 305 822	1 161 261	1 154 578	2 386 631
Laboratoire	6 483 220	2 100 450	3 502 236	2 662 355	1 340 819	1 333 102	2 755 659
C-T-S	2 035 645	659 514	1 099 656	835 944	420 999	418 576	865 240
Radiologie	4 566 607	1 479 501	2 466 882	1 875 292	944 437	939 001	1 941 013
%	8,4231%	2,7289%	4,5502%	3,4590%	1,7420%	1,7320%	3,5802%
SEMEP	1 438 025	465 895	776 821	590 529	297 403	295 692	611 225
Adminis	7 360 251	2 384 593	3 976 009	3 022 510	1 522 201	1 513 440	3 128 437
Serv-Econo	8 245 184	2 671 296	4 454 049	3 385 911	1 705 217	1 695 403	3 504 572
Serv-Socia	93 623	30 332	50 575	38 447	19 363	19 251	39 794
Tot.Rép.Secon B	35 837 567	11 610 748	19 359 458	14 716 810	7 411 701	7 369 044	15 232 571
Tot. Gén. A+B	171 488 352	55 559 241	92 638 028	70 422 233	35 466 144	35 262 025	72 890 232
Nature de l'unité d'œuvre	Package	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH
	161180	9622	12446	5609	3113	7620	19409
Coût de l'unité D'œuvre	1 063,96	5 774,19	7 443,20	12 555,22	11 392,91	4 627,56	3 755,49

Tab C.3: Répartition primaires et secondaire des charges directes et indirectes-2010

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE

SECTIONS AUXILLIAIRES

TABLEAU C3-4

	Hemato-Clinique	Oncologie	Réanimation	Dermatologie	Med-Travail	Med-Legale	Reed-Fonctionelle
PERSONNEL	23 893 481	14 579 019	45 842 035	16 445 793	16 777 510	13 386 336	23 203 880
ALIMENTATION	1 928 959	1 357 567	0	572 842	0	332 836	1 666 416
PHARMACIE	108 272 206	166 992 183	17 590 951	2 240 349	1 819 384	791 744	10 583 135
FOURNIT-DIVERSES	4 249 552	472 346	2 481 409	4 848 748	2 089 095	993 293	375 192
ENTRET & MAINTEN	108 170	9 220	13 840	5 870	24 910	18 530	27 890
CHAR- COMMUNES	9 545 065	12 644 519	4 545 168	1 662 419	1 427 833	1 070 155	2 471 989
TOTAL	147 997 432	196 054 853	70 473 403	25 776 022	22 138 733	16 592 894	38 328 503
Médecine nucléaire	6 126 078	8 115 325	2 917 115	1 066 950	916 392	686 832	1 586 537
Laboratoire	7 073 309	9 370 139	3 368 168	1 231 925	1 058 087	793 032	1 831 852
C-T-S	2 220 925	2 942 099	1 057 560	386 808	332 225	249 001	575 177
Radiologie	4 982 250	6 600 076	2 372 447	867 735	745 288	558 590	1 290 307
%	9,1897%	12,1738%	4,3760%	1,6005%	1,3747%	1,0303%	2,3800%
SEMEP	1 568 911	2 078 364	747 084	273 250	234 691	175 900	406 318
Administration	8 030 166	10 637 705	3 823 804	1 398 577	1 201 222	900 311	2 079 659
Serv-Economiques	8 995 643	11 916 690	4 283 544	1 566 729	1 345 646	1 008 556	2 329 699
Serv-Socia	102 145	135 313	48 639	17 790	15 280	11 452	26 454
Tot.Rép.Secon B	39 099 426	51 795 712	18 618 361	6 809 765	5 848 830	4 383 675	10 126 003
Tot. Gén. A+B	187 096 859	247 850 565	89 091 764	32 585 787	27 987 562	20 976 569	48 454 506
Nature :Unité d'œuvre	NJH	Nbr de Cure	NJH	NJH	Nbr de Cons	Nbr de Cons	NJH
	12123	4897	2360	3829	10521	4844	10834
Coût de l'unité d'œuvre	15 433,21	50 612,74	37 750,75	8 510,26	2 660,16	4 330,42	4 472,45

Tab C.4: Répartition primaires et secondaire des charges directes et indirectes-2010.

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

	Psychiatrie	Nephrologie	Hemodialyse	Poly-Clinique	S-A-M-U	Total	%
PERSONNEL	33 890 890	23 311 703	19 104 534	13 356 514	16 956 184	956 630 815	46,99%
ALIMENTATION	3 659 353	1 690 119	2 941 496	0	1 664 237	72 963 155	3,58%
PHARMACIE	8 050 913	55 339 529	20 403 350	1 308 908	495 752	736 523 642	36,18%
FOURNIT-DIVERSES	1 244 086	622 266	4 604 371	180 735	1 229 108	136 176 952	6,69%
ENTRET & MAINTEN	143 096	33 225	63 864	3 480	17 250	2 328 929	0,11%
CHAR- COMMUNES	3 239 430	5 584 015	3 248 342	1 023 751	1 403 816	131 306 926,30	6,45%
TOTAL	50 227 769	86 580 858	50 365 958	15 873 388	21 766 348	2 035 930 419	100%
Médecine nucléaire	2 079 085	3 583 853	2 084 805	657 049	900 977	66 662 091	
Laboratoires	2 400 559	4 137 999	2 407 163	758 644	1 040 289	76 969 570	
C-T-S	753 744	1 299 277	755 817	238 204	326 637	24 167 424	
Radiologie	1 690 889	2 914 696	1 695 542	534 369	732 752	54 215 311	
%	3,1188%	5,3761%	3,1274%	0,9856%	1,3516%	100,00%	
SEMEP	532 461	917 838	533 926	168 273	230 744	17 072 406	
Administration	2 725 299	4 697 775	2 732 797	861 271	1 181 016	87 381 793	
Serv-Economiques	3 052 966	5 262 595	3 061 365	964 823	1 323 011	97 887 817	
Serv-Social	34 666	59 756	34 762	10 955	15 023	1 111 509	
Tot.Rép.Secon B	13 269 669	22 873 788	13 306 177	4 193 589	5 750 449	425 467 922	
Tot. Gén. A+B	63 497 438	109 454 646	63 672 136	20 066 977	27 516 797	2 035 930 419	
Nature :Unité d'œuvre	NJH	NJH	Nbr de Séances	Nbr de Consultation	de Package		
Nombre U.O.	16479	12267	11186	62325	2608		
Coût de l'unité d'œuvre	3 853,23	8 922,69	5 692,13	321,97	10 550,92		

Tab C.5: Répartition primaires et secondaire des charges directes et indirectes-2010.

CHAPITRE IV
Etudes de Cas.

Estimation des coûts annuels effectuée pour quelques activités ; selon le nombre d'unités d'œuvres, base de données (méthode des sections homogènes):

1-Coût annuel des packages recensés aux urgences médico-chirurgicales :³³²

$$(163788 \times 10550,92) = 1728114084,96 \text{ da}$$

2-Le Coût unitaire du package est évalué à = 10550,92 da

3-le package désigne l'ensemble des inputs induits dans la prise en charge d'un patient admis aux urgences. (10550,92) da.

4- le coût de la Cure de chimiothérapie est estimé à : 50612,14 da soit une dépense annuelle de 50612,14 x 4897 = 247847649,58 da³³³

5- La dépense annuelle en poche de sang = 1604,00 x 15067 = 24167468,00 da

6- DMS= la durée Moyenne de séjour. (Durée d'hospitalisation moyenne effectuée par un patient dans un service et ayant reçu des soins).

DMS= (Nbre. de journées d'hospitalisation / (Nbre.d'admissions (Patients)).

7-**TOM** = le taux d'occupation moyenne du lit d'hôpital.= (Nbre. de journées d'hospitalisation x 100 /Nombre de lits).

Récapitulatif des l'activité du Laboratoire Central Période 2010 :

Désignation des centres de coûts	Nb examens	Nb de B
1-Biochimie	251 899	3 652 230
2-Hémobiologie	113 990	2 773 777
4-Ana pathologie	36 114	2 074 040
Totaux	18 317	1 558 455

Tab.60 : Récapitulatif des l'activité du Laboratoire Central Période 2010.

Soit un coût moyen du B pour l'année 2009 Estimé à : 7.65 da selon calcul effectué par La méthode des sections homogènes (Cf.tab .C)-

Le Coût annuel du service de laboratoire est estimé à : 7.65 da. X 10058502 = 76947540,30 da.³³⁴

II/ Application de la méthode des sections homogènes pour l'évaluation des coûts des prestations aux hôpitaux de périphériques (EPH-EPSP-EHS) :

Le projet de mise en œuvre d'un système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers ayant pour objectif de préparer ceux-ci au mode de contractualisation que la tutelle souhaiterait initié dans un proche avenir .Partant de ce principe , il est clair que les établissements sont dans l'obligation d'accéder à un outil de gestion homogène et intégré , devant prendre en charge notamment , la comptabilité générale ; la comptabilité budgétaire , ainsi que l'outil principal d'analyse de contrôle et de gestion des coûts qui est représenté par la comptabilité analytique de gestion .Au delà de la dimension technique ; ce projet de réforme devra introduire au sein des

³³² Coûts Médico-techniques =(Clinique+Médico-technique)=(Charges directes+Charges Indirectes)= **1950 Euros-Soit Une valeur de :(23400,00) da** pour la même année 2008.-**Source** : Annexe-6-ENC-Agence technique de l'information sur l'hospitalisation-Principaux résultat issus des données de coûts-France-2008.

³³³ Le Coût Moyen de la cure de chimiothérapie pour le traitement d'une pathologie de courte durée au sein de l'hôpital public Français est estimé à : **(1471) Euros pour l'année 2008, soit environs 19123,00 da (2008)-Source** : Annexe -6-ENC-Evolution du coût moyen des GHM prédominants-Principaux résultats issus des données de coûts-Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.-France-2008.

³³⁴ Le coût est calculé selon la formule = ((Coût de l'unité d'œuvre(X) le Nombre de B effectués)).

établissements , un nouveau mode de gestion basé sur des paramètres bien définis tels que : analyse de la gestion en temps réel ; transparence de l'information ; et esprit de collaboration de tous les partenaires internes et externes aux établissements .Malgré l'absence de tous ces paramètres que nous avons cités ; et en préparation à cette réforme nous avons tout de même testé l'applicabilité de la méthode des sections homogènes aux sein des hôpitaux et dont les résultats (charges et coûts) seraient présentés sous forme de tableaux ci-après.

A-les Coûts des unités d'œuvre établis par spécialité médicale :³³⁵

Services Cliniques et Chirurgicaux	Année 2003 Coûts des Unités d'œuvre (DA)	Année 2008 Coûts des unités d'œuvre
Médecine Nucléaire	R : 13.78	44.34
Laboratoires	B : 6.55	7.65
Banque de Sang	Poche : 7371.38	1604.00
Radiologie	R : 32.58	44.65
Chirurgie	Journée : 3404.78	11441.01
Urologie	Journée : 5059.39	4424.31
Traumatologie	Journée : 1325.64	6568.61
Neurochirurgie	Journée : 383.06	5040.98
Ophthalmologie	Journée : 2116.64	6187.68
Oto-Rhyno-L.	Journée : 919.94	9445.14
Stomatologie	D : 474.68	293.04
UMC	Pack 429.20	1063.96
Médecine Int.	Journée : 4925.67	5774.19
Neurologie	Journée 2060.89	7443.20
Gastrologie	Journée : 3482.47	12555.22
Infectieux	Journée : 2990.91	11392.91
Phtisiologie	Journée : 1363.86	4627.56
Cardiologie	Journée : 1481.11	3755.49
Rééducation	Séance : 1683.71	4472.45
Oncologie	Journée : 3260.55	50612.74
Dermatologie	Journée : 2744.13	8510.26
Psychiatrie	Journée : 1993.89	15433.21
Néphrologie	Journée : 5860.47	3853.23
Hémodialyse	Séance : 7371.38	8922.69
SAMU	Pack : 17526.73	10550.91
Consultations.	Consultation: 143.38	321.97

Tab.61 : Les Coûts des unités d'œuvre établis par spécialité médicale.³³⁶

³³⁵ Les Coûts des unités d'œuvre établis par spécialité respectivement pour l'année 2003 et 2008 . On entend par coûts des unités d'œuvre : les journées hospitalières ; et les autres prestations effectuées par le plateau technique : les K ; B ,R .Le coût du package ,la séance d'hémodialyse ; la poche de sang , la valeur du D en chirurgie dentaire et autres indicateurs.

³³⁶ Les Coûts des unités d'œuvre établis par spécialité respectivement pour l'année 2003 et 2008 . On entend par coûts des unités d'œuvre : les journées hospitalières ; et les autres prestations effectuées par le plateau technique : les K ; B ,R .Le coût du package ,la séance d'hémodialyse ; la poche de sang , la valeur du D en chirurgie dentaire et autres indicateurs.

B -Echelle des coûts des Hôpitaux de type E.P.S.P. (Etablissements publics de santé de proximité).**II- Coûts des indicateurs d'activités du plateau technique :****1-EPSP -Maghnia (An. 2010)**

Désignation	Chiru.	Radiologie	Laboratoires	Consulta.	Soins	Stomatologie.
Indicateurs	K	R	B	P/UMC	P/Soins/Ext	D
Total des charges	Néant	2384288.00	10 570076.00	Néant	63 528158.00	2235041.00
Nombre d'unités	Néant	22879.00	1019140.00	Néant	129961.00	153790.00
Coûts unitaires (da)	Néant	104.22	10.00	Néant	489.00	145.00

Tab.62 : Coûts des indicateurs d'activités (Maghnia).**2-EPSP.Bab-El-Assa (An.2010)**

Indicateurs	K	R	B	P/UMC	Cons Ext	P/Soins
Total des charges	Néant	1992895.00	1492308.00	25921716.00	15497039.00	2235041.00
Nombre d'unités	Néant	14530.00	262090.00	11356.00	71751.00	153790.00
Coûts unitaires (da)	Néant	137.00	6.00	2283.00	216.00	145.00

Tab. 63: Coûts des indicateurs d'activités (Bab-el-Assa).**3-EPSP.Sebdou (An. 2010)**

Indicateurs	K	R	B	Pack	D
Total des charges	Néant	4477763.00	4947558.00	74416267.00	12482970.00
Nombre d'unités	Néant	21534.00	677515.00	32815.00	65248.00
Coûts unitaires (da)	Néant	207.94	7.30	191.00	191.00

Tab. 64: Coûts des indicateurs d'activités (Sebdou)

4-EPSP. Remchi (An.2010)

Indicateurs	K	R	B	P/UMC	Cons Ext	P/Soins
Total des charges	Néant	15, 739,856.78	22,268, 765.03	44, 338,000.59	144, 334,546.01	86,793, 800.53
Nombre d'unités	Néant	321,306.00	268,806.90	79,386.00	188,907.00	346,850.00
Couts unitaires (da)	Néant	48.99	8.28	558.51	764.05	250.23

Tab. 65: Coûts des indicateurs d'activités (Remchi)**5-EPSP Ouled Mimoun (An.2010)**

Indicateurs	K	R	B	P/UMC	JHM	Maternité R.	Mat. /Hosp.
Total des charges	Néant	7494124.00	11956197.00	4473718.00	1808228.00	2222012.00	1229530.00
Nombre d'unités	Néant	166708.00	1355252.00	55813.00	1457.00	600.00	39398.00
Couts unitaires (da)	Néant	44.95	8.82	1,020.84	15030.97	3703.36	31.21

Tab. 66: Coûts des indicateurs d'activités (Ouled Mimoun)**6-EPSP. Ghazaouet (An. 2010)**

Indicateurs	K	R	B
Total des charges	Néant	3624054.00	10418348.00
Nombre d'unités	Néant	36516.00	2464000.00
Couts unitaires (da)	Néant	99.25	42.70

Tab. 67: Coûts des indicateurs d'activités (Ghazaouet)

7-EPSP Tlemcen (An. 2010)

Indicateurs	K	R	B	P/UMC
Total des charges	Néant	13, 588,445.00	11, 361,222.00	104, 946,797.00
Nombre d'unités	Néant	251656.00	1, 014,882.00	51,164.00
Coûts unitaires	Néant	54.00	11.19	3,223.88
Indicateurs	JH Maternité	Pack /externe	D (dentaire)	Séance R
Total des charges	31, 428,046.00	218, 543,342.00	69, 518,749.00	13, 588,445.00
Nombre d'unités	1,442.00	116,739.00	257,574.00	251,656.00
Coûts unitaires (da)	21,794.76	1,872.07	269.90	54.00

Tab. 68: Coûts des indicateurs d'activités (Tlemcen)**8-EHS- Mère et Enfant Tlemcen (An.2010)**

Indicateurs	K	R	B	P/UMC	JH Maternité
Total des charges	26003699.00	72375864.00	4349334.00	76098464.00	38743266.00
Nombre d'unités	4653.00	1620960.00	352425.00	42353.00	3538.00
Coûts unitaires (da)	5168.86	44.65	12.34	1797.00	10951.00
Indicateurs	J.HK.Chirurgie	Pack. Pédiatrie	J. / Pédiatrie	J. /Obstétrique	J./Chir.Infantile
Total des charges	26003699.15	12603918.41	92600109.70	152547794.90	46309060.71
Nombre d'unités	4653.00	8750.00	18642.00	39878.00	7026.00
Coûts unitaires (da)	5168.96	1332.26	4594.22	3538.06	6096.08

Tab. 69: Coûts des indicateurs d'activité (EHS- Mère et Enfant Tlemcen)

9-EPH. Nedroma (Année 2010)

Indicateurs	K	R	B	P/UMC	JHM	Consultation
Total des charges	24756864.00	12735512.00	14868053.00	69 386607.00	38 556109.00	15536555.00
Nombre d'unités	76620.00	133843.00	1418140.00	31613.00	4048.00	18110.00
Coûts unitaires (da)	323.11	95.15	10.48	2195.00	9525.00	858.00

Tab. 71: Coûts des indicateurs d'activité (EPH Nedroma)**10-EPH.Ghazaouet (An. 2010)**

Indicateurs	K	R	B	P/UMC	J.H.Maternité	J/. Pédiatrie	Med Interne	Hémodialyse	J.H.Chirurgie
Total des charges	25177456.00	15598326.00	16178315.00	76098,464.00	38743266.00	25, 511,161.00	39, 708,377.00	44, 615,510.00	47, 570,925.00
Nombre d'unités	39600.00	188591.00	1106120.00	42353.00	3538.00	2,455.00	8,238.00	5,278.00	4,104.00
Coûts unitaires	635.79	82.71	14.63	1797.00	10951.00	10,392.00	4,820.00	8,453.00	11,591.00

Tab. 73: Coûts des indicateurs d'activité (EPH Ghazaouet)**11-EPH. Maghnia (An.2010)**

Indicateurs	K	R	B	P/UMC	J.H.gynéco.Obst.	J.Pediatrie
Total des charges	47 516052.00	10 531447.00	32 261527.00	67195996.00	84123564.00	33830821.00
Nombre d'unités	108532.00	168389.00	3179010.00	103396.00	11185.00	7586.00
Coûts unitaires	438.00	63.00	10.00	650.00	7521.00	4460.00
Indicateurs	Ophtalmologie.	Hémodialyse	JK	J. Dermato.	J. Med	Cons
Total des charges	7 864444.00	80893977.00	65 827732.00	2348,770.00	106765206.00	23025119.00
Nombre d'unités	3461.00	9349.00	8286.00	16170.00	8501.00	1361.00
Coûts unitaires	2272.00	8653.00	7944.00	145.00	12559.00	1690.00

Tab. 74: Coûts des indicateurs d'activité (EPH. Maghnia).

Glossaire:

B:Unité d'œuvre de laboratoire

R:Unité d'œuvre des services de radiologie

J.K.: coût de journée hospitalière en chirurgie

J.O :coût de journée en obstétrique

Pack urgence : unité de mesure d'un package effectué aux urgences

S.H.D: coût de la séance d'hémodialyse

D: unité d'œuvre pour mesurer l'acte de chirurgie dentaire

C.E: unité de mesure de la consultation externe

J.H.: unité d'œuvre de mesure de la journée hospitalière

D: unité d'œuvre pour mesurer l'acte de chirurgie dentaire

D.M.S.: durée moyenne d'hospitalisation.

Nombre d'unités : les unités représentent le nombre de journées pour les services d'hospitalisation

Ou nombre de coefficients pour le plateau technique (radiologie-laboratoire-bloc chirurgical).

Maternité R.= maternité rurale.

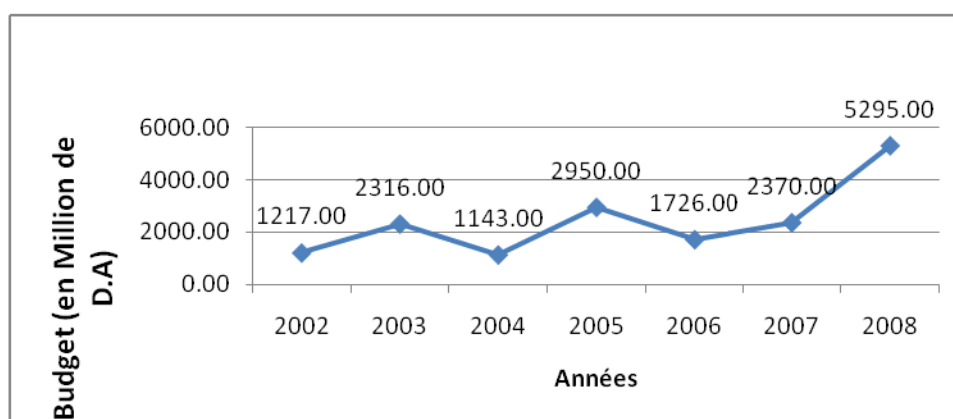
P/UMC : Package produit aux Urgences.

J.obst. : journée en obstétrique.

Matern. Hop : service de maternité en intra hospitalier.

Année	Budget annuel (DA)
2002	1217440300
2003	2316421695
2004	1143088000
2005	2950206000
2006	1725626000
2007	2369710000
2008	5295350000

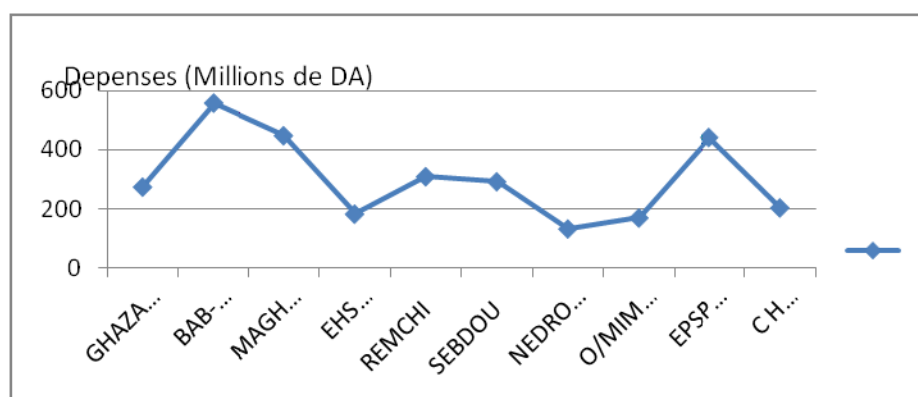
Tab. 75: Budget annuel régional (Wilaya de Tlemcen) 2003-2008.



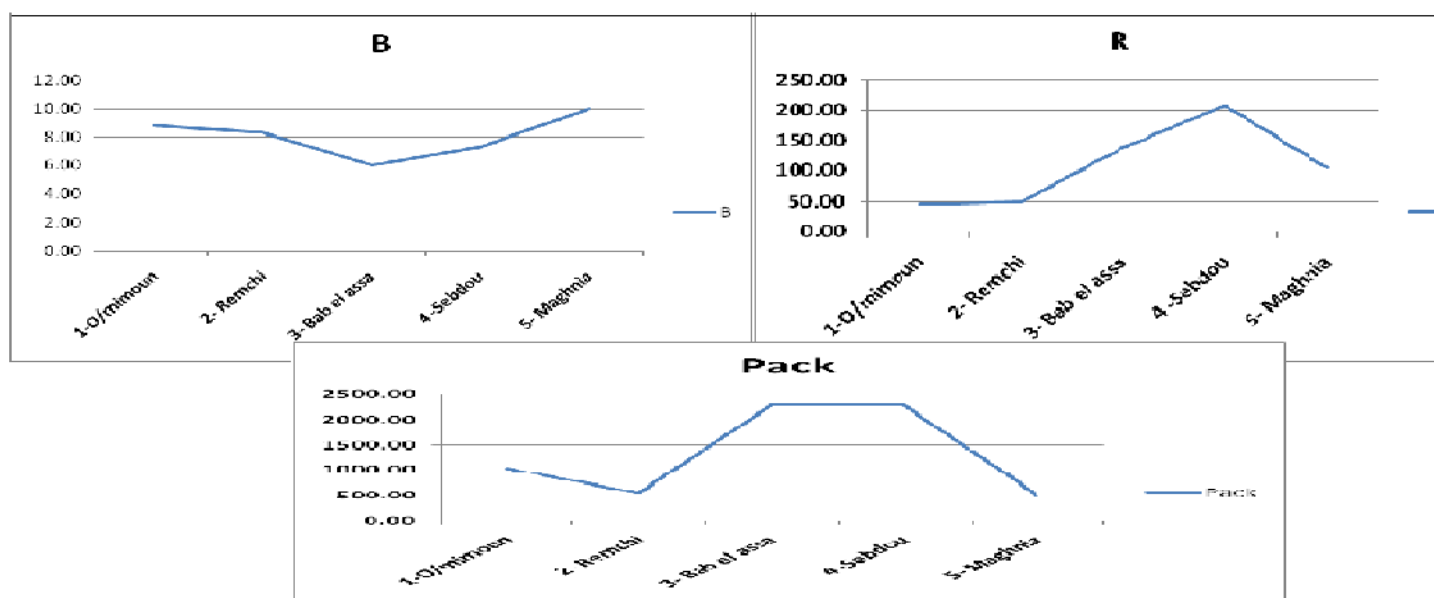
Graph.1 : Evolution des coûts budgétaires 2002-2008 :(hôpitaux périphériques de la W.Tlemcen).

Hôpitaux	Dépenses (Da)
Ghazaouet	
Bab el Assa	55673006,00
Maghnia	446495800,00
EHS Tlemcen	182526928,00
Remchi	308748048,00
Sebdou	291701923,00
Nedroma	13200897,00
Ouled Mimoune	169147444,00
EPSP Tlemcen	440461240,00
C.H.U. de Tlemcen	2035930419,00

Tab. 76: Dépenses effectuées année 2010 (Wilaya de Tlemcen).



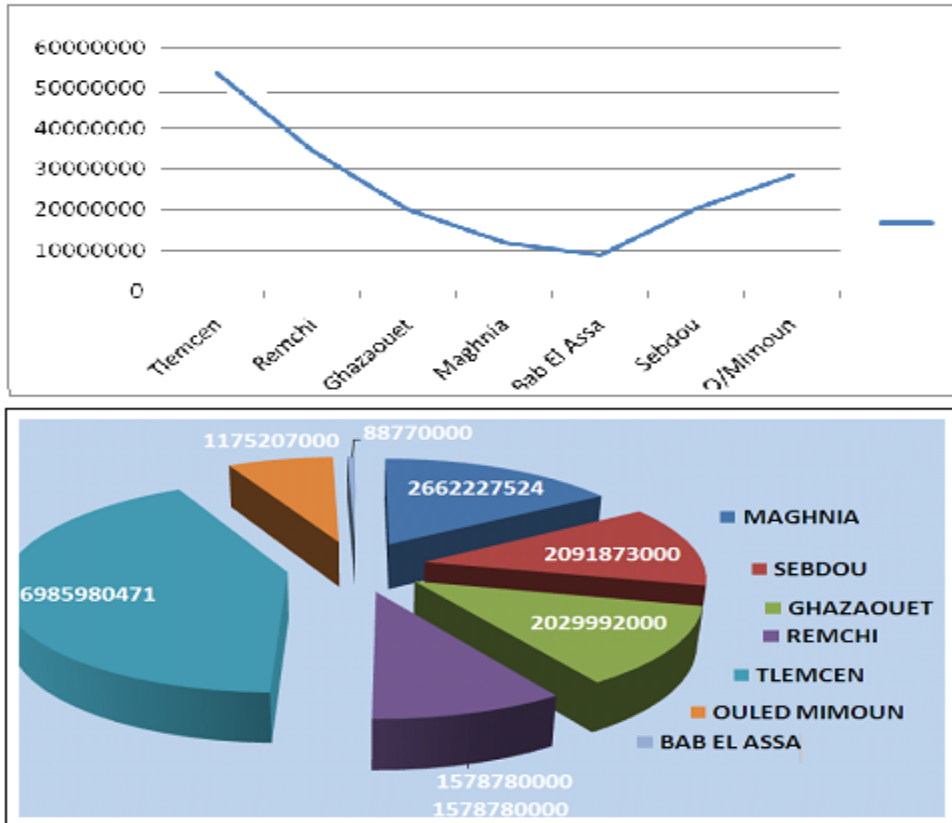
Graphe.2: Dépenses budgétaires Année 2010 :(hôpitaux périphériques et CHU de Tlemcen).



Graphe.3: Coûts des unités d'œuvres du plateau technique (le B, le K, le R) produits par les EPH de la région de Tlemcen. (Année 2010).

Hôpitaux	Budgets 2008 (Mda)
EPSP Tlemcen	537190000
EPSP Remchi	344920000
EPSP Ghazaouet	200270000
EPSP Maghnia	120030000
EPSP Bab El Assa	88770000

Tab. 77: Budgets 2008 (EPSP de la Wilaya de Tlemcen).



Graphe.4 : Budgets des EPSP de la wilaya de Tlemcen (Année 2008).

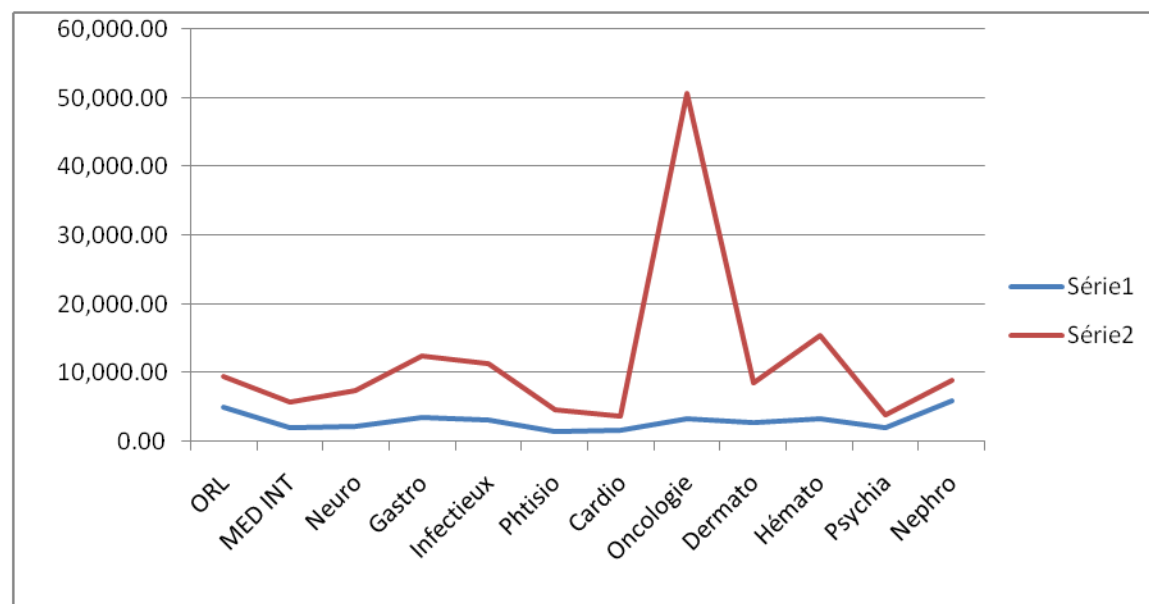
Hôpitaux Indicateurs	R	B	K	PAC	D	OBST	CONS	CHIR	Budgets Coûts (DA)
H1-EPSP Tlemcen	47.75	11.20	N	4117.37	176.74	12991.80	1878.20	N	439667959
H2-EPH- Remchi	43.21	6.82	N	3157.70	176.74	22359.43	1551.77	N	308748048
H3-EPH- Maghnia	125.59	29.51	N	250.76	182.59	349.18	139.99	N	143454357
H4-EPH- Nedroma	60.34	8.57	6.51	1618.00	175.71	143.64	N	4864.00	135200897
H5-EPH Sebdou	82.00	7.00	6.50	680.00	N	6170.00	N	10619.00	446496800
H6-EPSP- Bab-el-Assa	120.00	14.00	N	971.66	146.00	35556.88	N	N	233883246
H7-EPH- Ghazaouet	N	N	N	3750.29	N	2290.46	N	N	125684270
H8-EPH- O/Mimoun	38.18	30.35	N	779.56	N	1425.00	119.00	N	169147444
H9-EHS- Tlemcen	13.57	4.31	N	1275.11	152.42	N	247.38	N	141378220
H.10-CHU- Tlemcen	44.65	7.65	198.47	1063.96	91.00	N	321.97	11441.01	2035930419

Tab. 78: Comparatif de Coûts des unités d'œuvre par spécialité produits par les hôpitaux périphériques et CHU-2008 (N : indique l'absence de l'activité ou indisponibilité de données.).

Désignation	Année 2003	Année 2008	Ecart
1-Laboratoires :Coût du B	6.55	7.65	+1.100
2-Radiologie :Coût du R	32.58	44.65	+12.070
3-Blocs Opératoires :Coût du K	102.28	658.56	+556.28
4-Centre de transfusion : Coût de la Pochette	7371.38	1604.00	-5767.38
5-Médecine nucléaire / R	13.78	44.34	+30.56
6-Chirurgie : Coût de Journée	3404.78	11441.01	+8036.23
7-Urologie : Coût de Journée	5059.39	4424.41	-634.98
8-Orthopédie Coût de Journée	1325.64	6568.61	+5242.97
9-Neuro chirurgie/Coût de Journée	1383.06	5040.98	+3657.92
10-Ophtalmologie/ Coût de Journée	2116.64	6187.68	+4071.04
11-Oto- Rhino –Larynx/ Coût de Journée	4919.84	6187.68	+1267.84
12-Stomatologie/ Coût de Journée	474.68	293.04	-181.64
13-Ugences Médico-chirur. / Coût de Journée	429.20	1063.96	+634.76
14-Médecine Interne/ Coût de Journée	1949.88	5774.19	+3824.31
15-Neurologie/ Coût de Journée	2060.89	7443.20	+5382.31
16-Gastrologie/ Coût de Journée	3482.47	12555.22	+9072.75
17-Infectieux/ Coût de Journée	2990.91	11392.91	+8402.00
18-Pneumo-phtisiologie/ Coût de Journée	1363.86	4627.56	+3263.70
19-Cardiologie/ Coût de Journée	1481.11	3755.49	+2274.38
20-Hémato –Clinique / Coût de Journée	3214.91	15443.21	+12228.19
21-Oncologie/Coût de la Cure	3260.55	50612.74	+47352.19
22-Réanimation/ Coût de Journée	6250.22	37750.75	+31500.53
23-Dermatologie/ Coût de Journée	2744.13	8510.26	+5766.13
24-Médecine du travail /Coût de consultation	1035.82	2660.16	+1624.34
25-Médecine légale /Coût du Package	2014.95	4330.42	+2315.47
26-Rééducation fonctionnelle/Séance	1683.71	4472.45	+2788.74
27-Psychiatrie/ Coût de Journée	1993.89	3853.23	+1859.34
28-Néphrologie/ Coût de Journée	5860.47	8922.69	3062.22
29-Hémodialyse /Coût de Séance	7371.38	5692.13	-1679.25
30-Polyclinique/Coût du Package	143.38	321.97	+178.59
31-SAMU /Coût du Package	17526.73	10550.92	-6975.81
BUDGET DES COUTS	7745686330	2035930419	-5709755911

Tab.79 : Comparatif des Coûts des unités d'œuvre moyens pour la période 2003 et 2008 (CHU de Tlemcen) Valeur en D.A

	ORL	MED INT	Neuro	Gastro	Infectieux	Phtisio	Cardio	Oncologie	Dermato	Hémato	Psychia	Nephro
2003 (serie 1)	4,919.94	1,949.88	2,060.89	3,482.47	2,990.91	1,363.86	1,481.11	3,260.55	2,744.13	3,214.91	1,993.89	5,860.47
2008 (serie 2)	9,445.14	5,774.19	7,443.20	12,555.22	11,392.91	4,627.56	3,755.49	50,612.74	8,510.26	15,433.21	3,853.23	8,922.69



Tab.80 : Evolution des couts des journées pour quelques spécialités (CHU/ Tlemcen période 2003-2008)

Figure.17 : dépenses budgétaires (Budget régional) (2002)

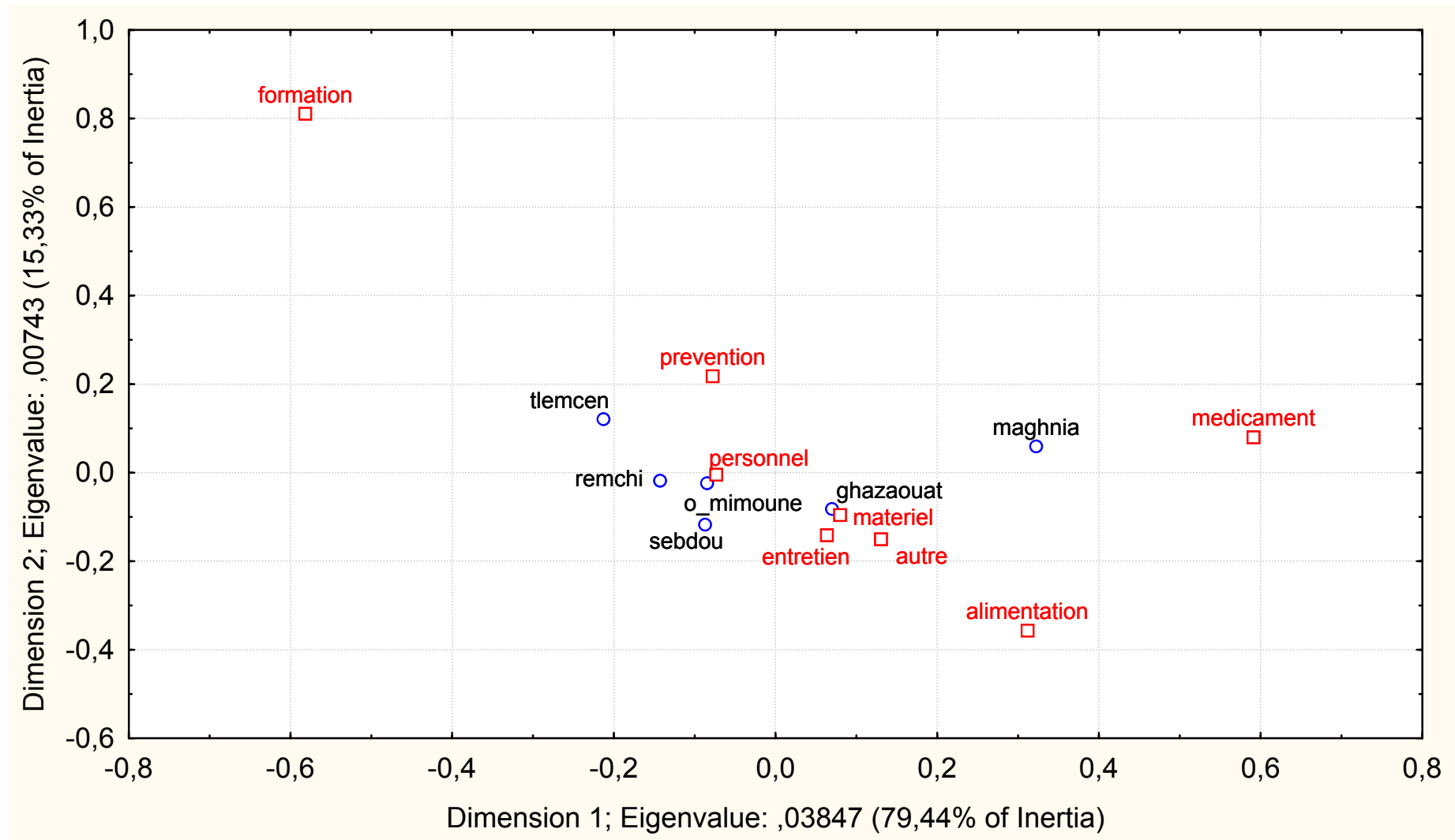


Figure. 18 : dépenses budgétaire(Budget régional) (2003)

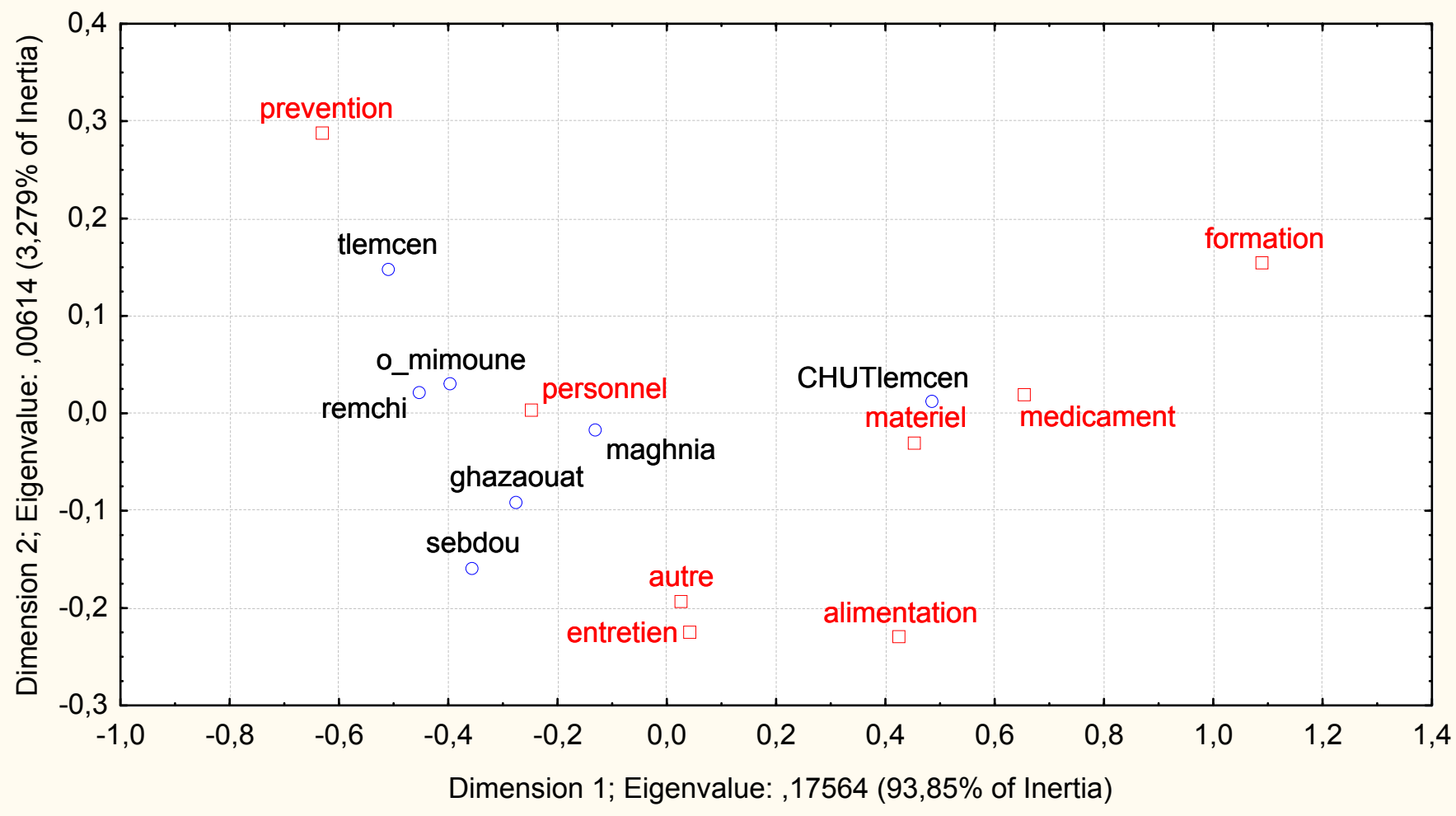


Figure.19 : dépenses budgétaire (Budget régional) -(2004)

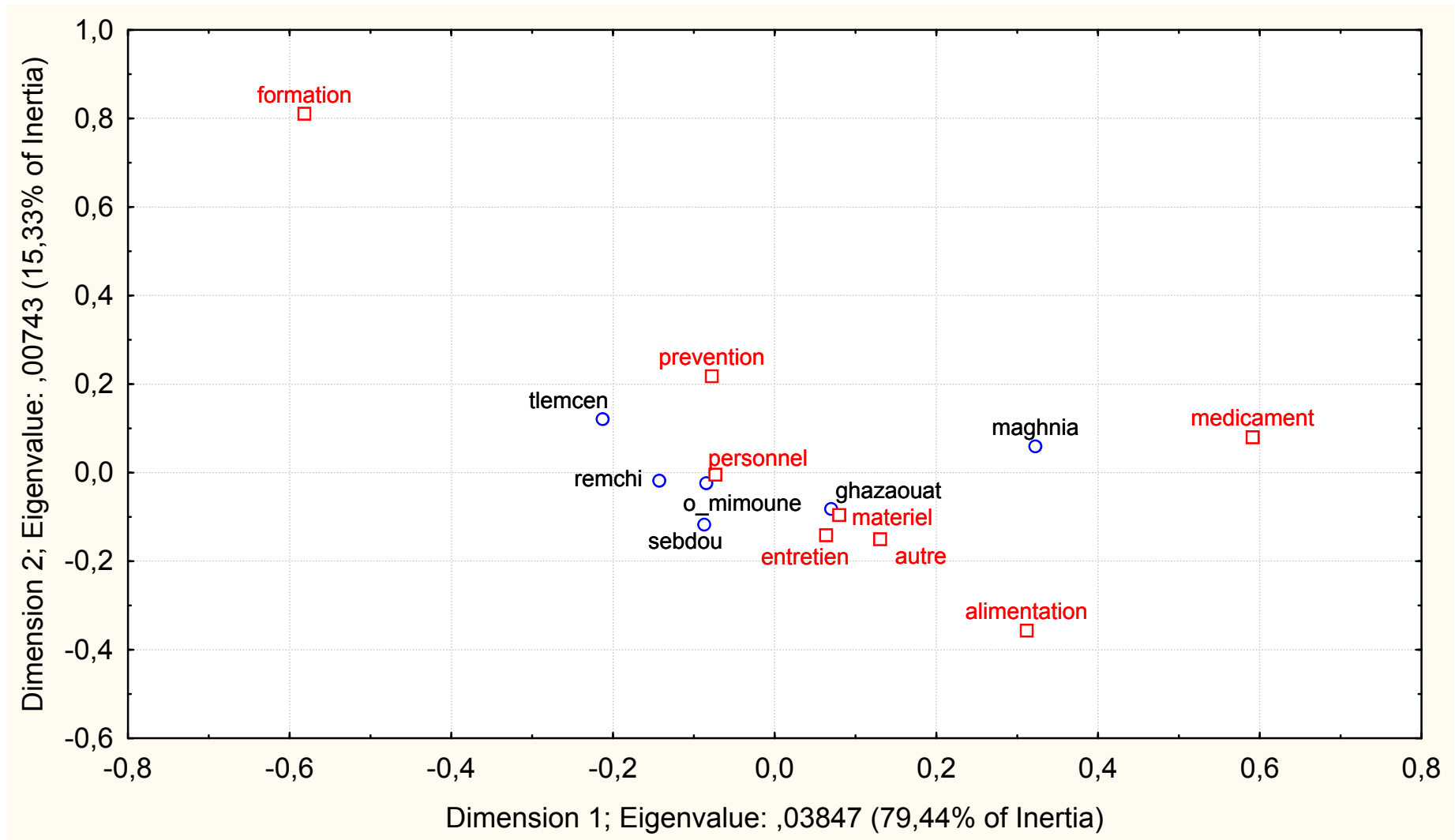


Figure. 20 : dépenses budgétaire (Budget régional)-(2005)

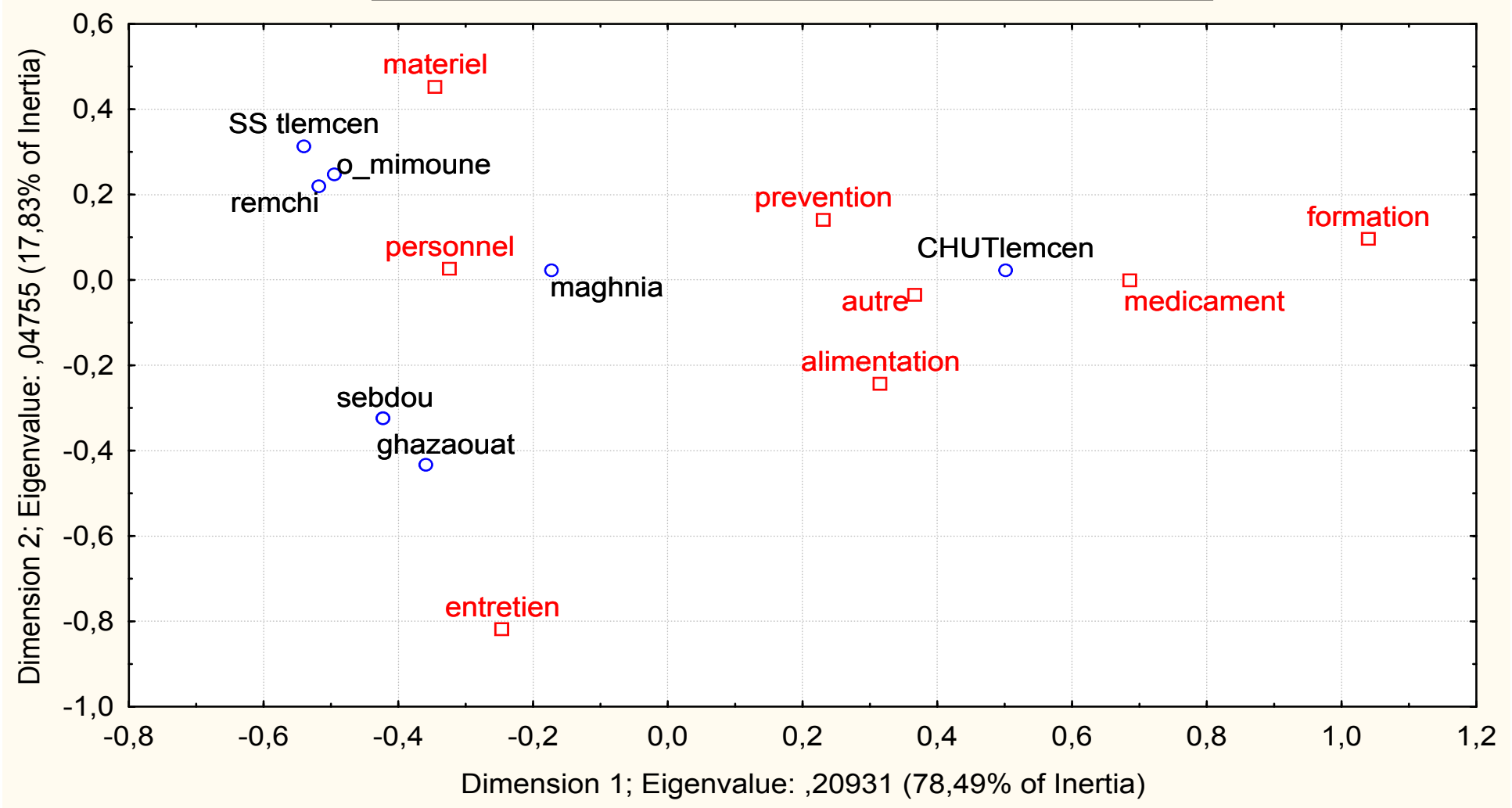


Figure.21 : Dépenses budgétaire (Budget régional)- (2006)

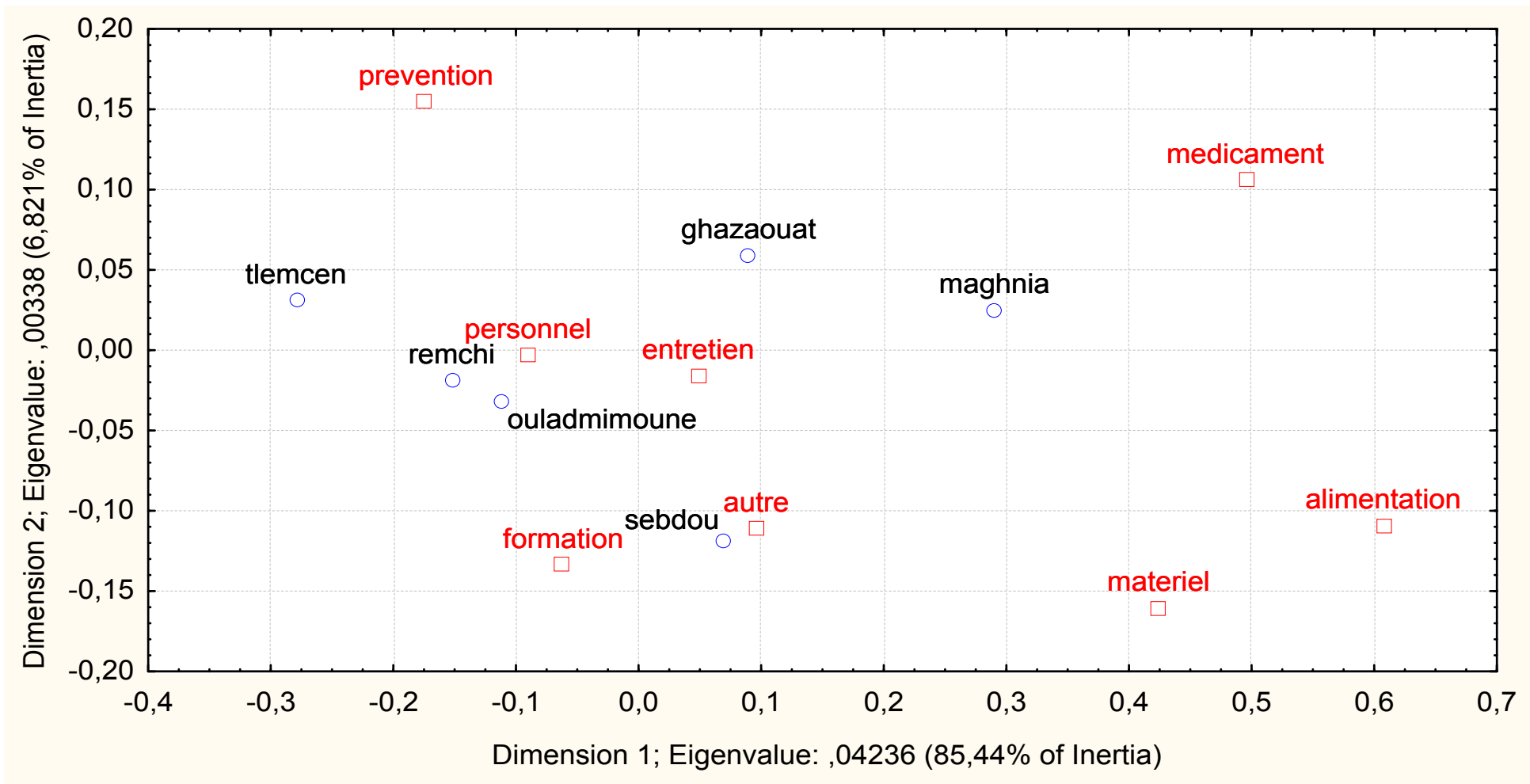


Figure.22 : dépenses budgétaire : Budget régional -(2007)

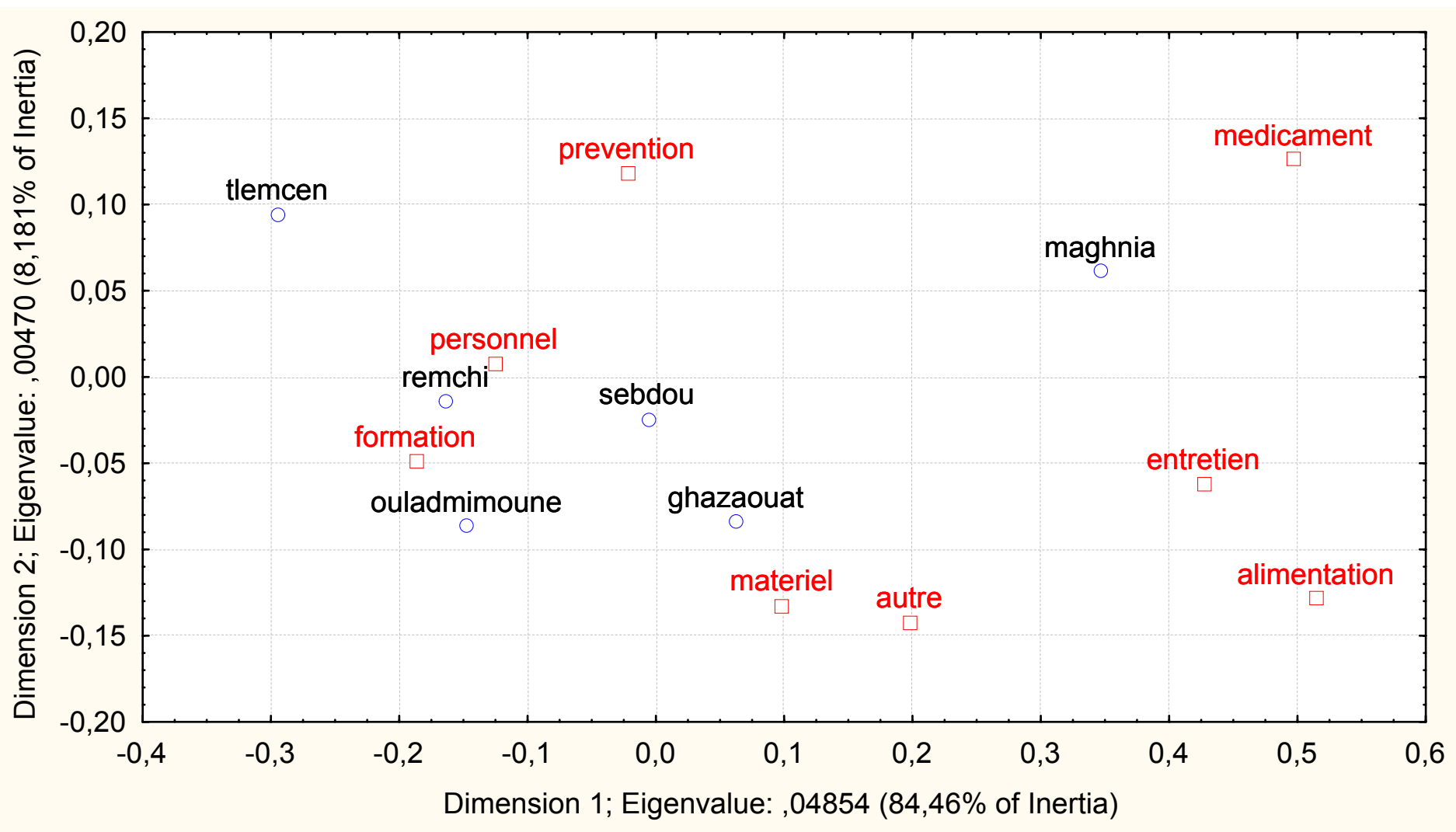


Figure.23 : dépenses budgétaire (Budget régional)- (2008)

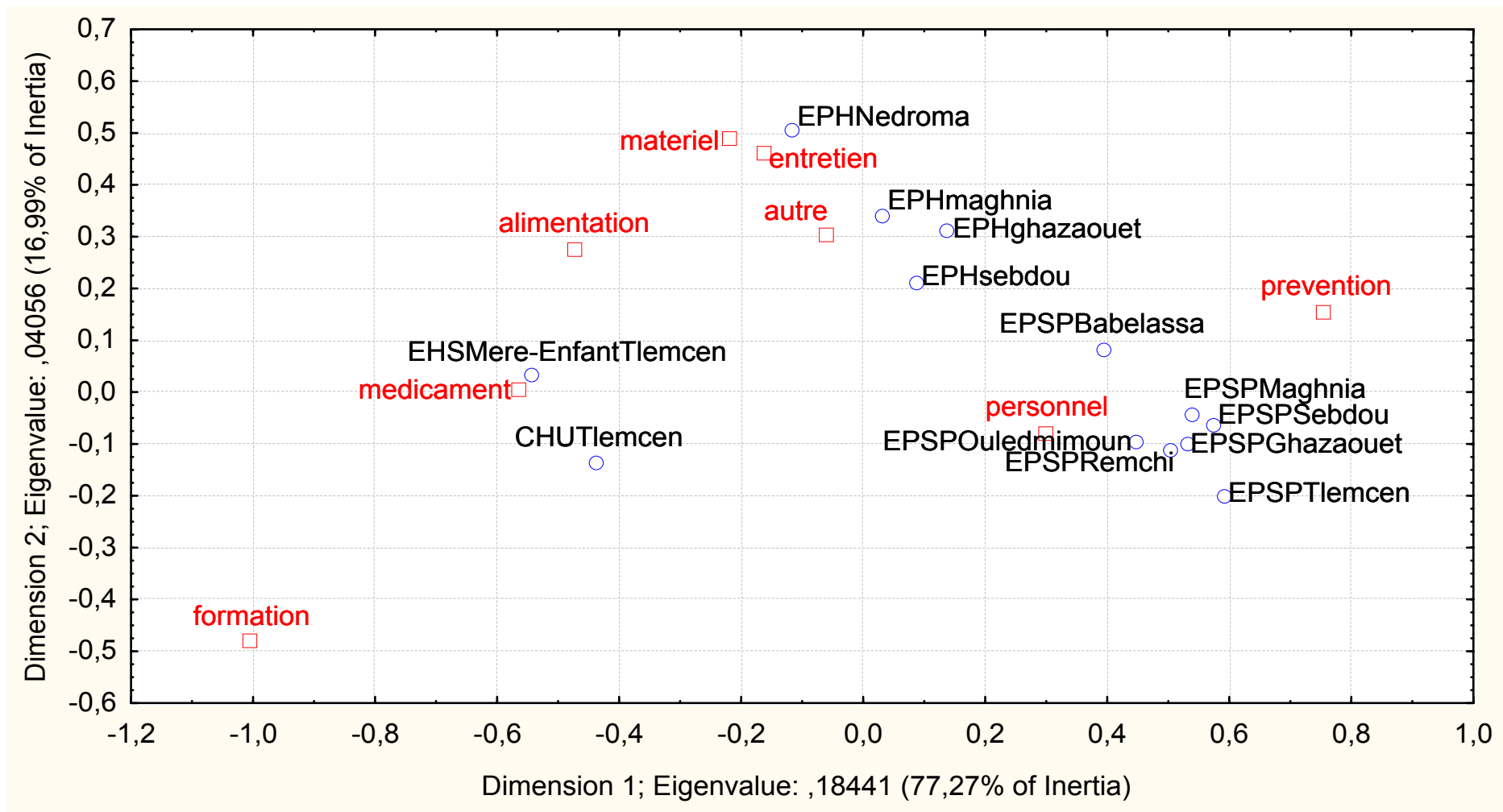


Figure.24: dépenses budgétaire (Budget régional)- (2009).

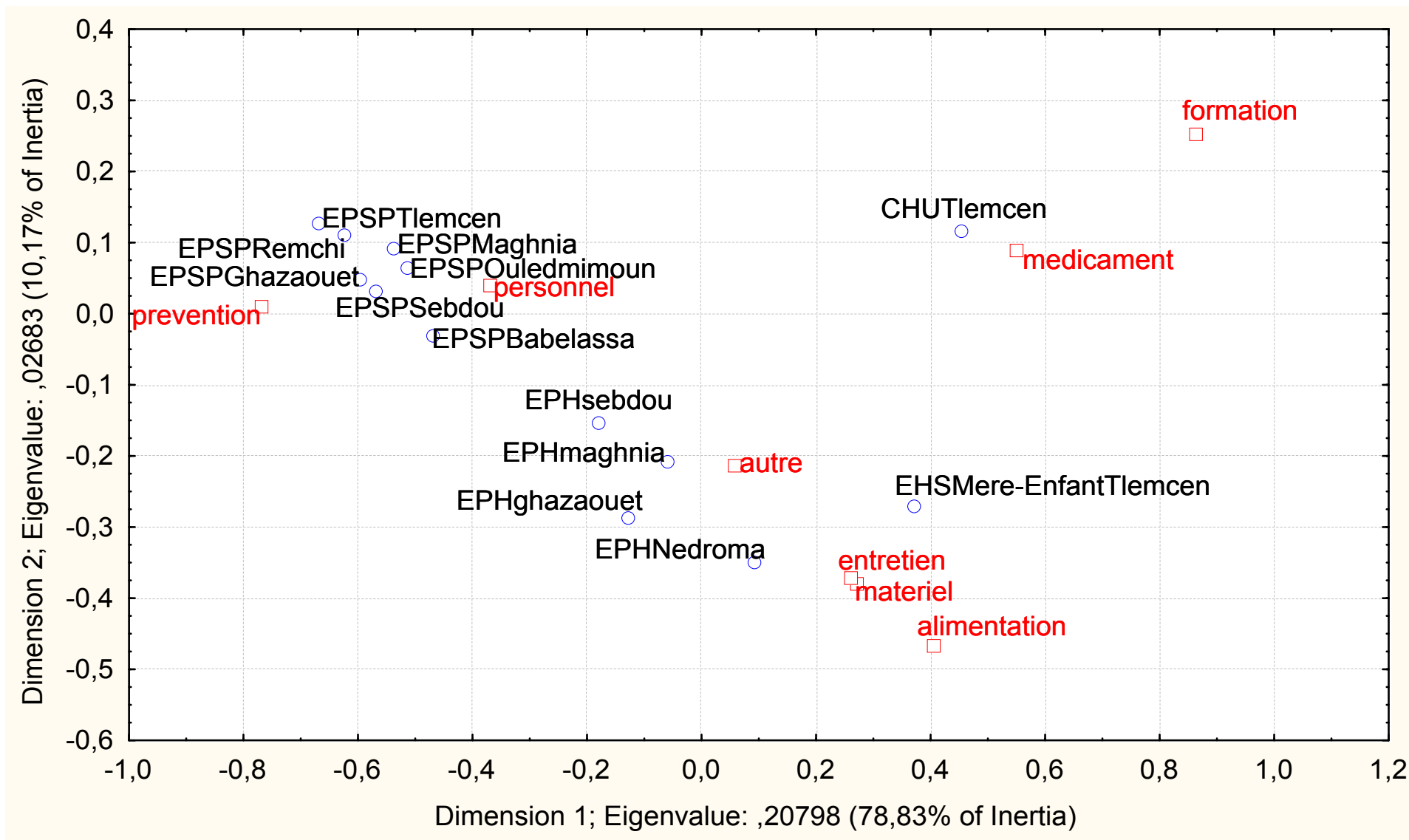
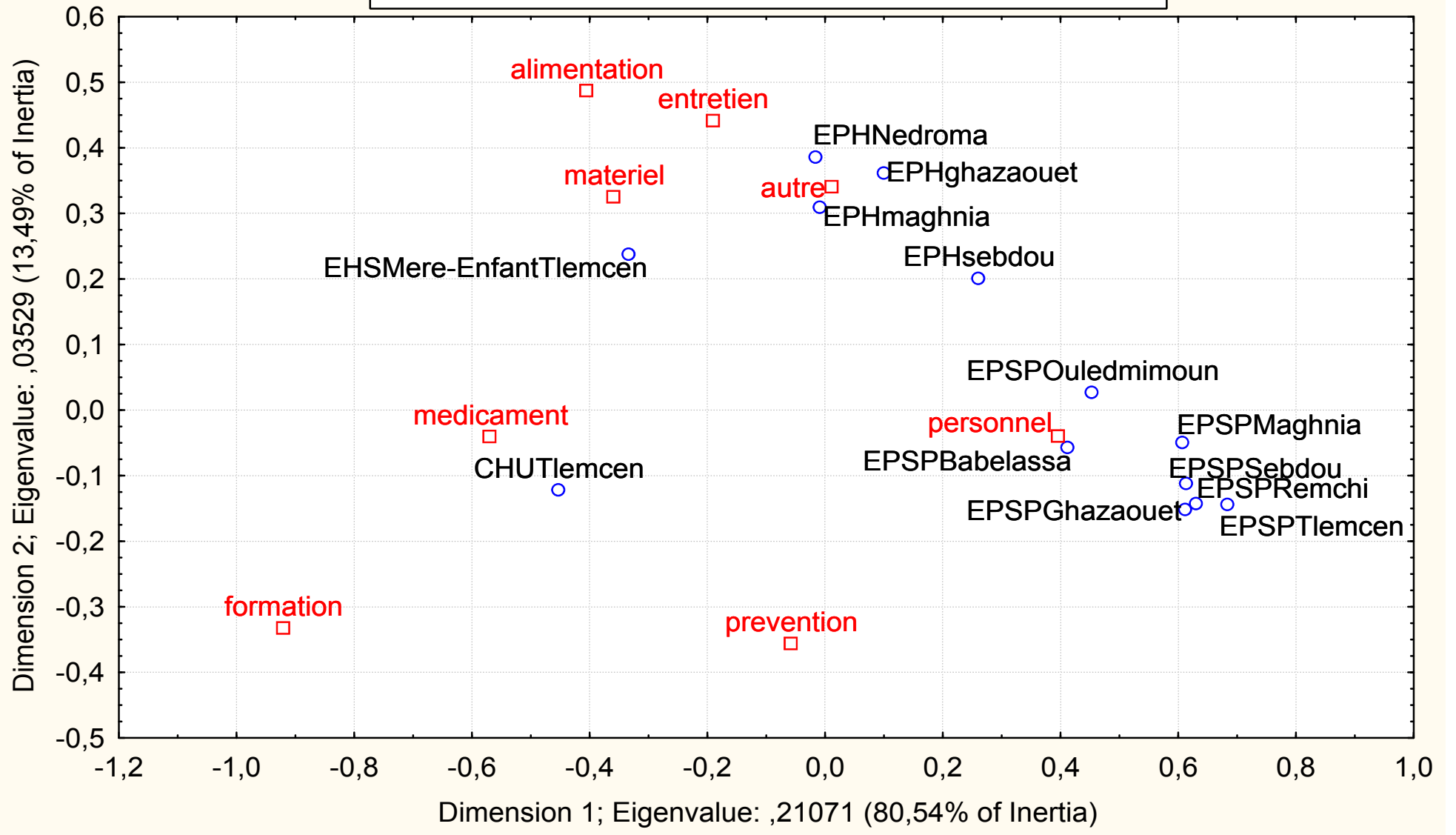


Figure.25: dépenses budgétaire et région (2010)



III-Interprétation des cartes de correspondances multiples :³³⁷ (Années 2002 à 2010).

1. La cartographie des établissements :

1.le CHU de Tlemcen 2. L'EHS (l'établissement spécialisé pour le traitement des pathologies (mère-enfant) -3.Les EPH au nombre de 04: Etablissements publics hospitaliers périphériques :Nedroma –ghazaouet –Maghnia-Sebdou).4. les Etablissements de publics de santé de proximité ; au nombre de 07(Tlemcen –Ouled mimoune-Ghazaouet-Bab el assa-Remchi-Sebdou-Maghnia).

2. Analyse de la dépense budgétaire par titre de dépense :

2.1. Année 2002.

Le budget global alloué représente la somme de **1217 MDA**. Une forte consommation est constatée pour les chapitres (Personnel –Entretien – et Prévention ; s'agissant des dépenses propres aux hôpitaux de proximité.

a-Le médicament et les consommables : l'établissement de Maghnia ayant atteint une proportion de 45% ; soit 48 MDA sur le budget fonctionnement global alloué.

b-Les dépenses de personnels :CHU.Tlemcen.....**216 MDA**.
 EPH.Maghnia..... **189 MDA**
 EPH.Ghazaouet.....**162 MDA**

2.2. Année 2003.

La consommation budgétaire a été estimée à : 2305 MDA

Une forte consommation est constatée pour les chapitres personnels ; équipements et entretien des infrastructures.

1-Les établissements à forte consommation budgétaire (en Million de dinars)

Désignation/	Dépense/salaires	Dépense/Equipement	Entretien
CHU Tlemcen	440.....29%	45.....64%	22
EPS.P. Tlemcen	241.....16%	4.....5%	4
EPH. Maghnia	221.....14%	5.....7%	4
EPH. Ghazaouet	181.....12%	6.....8%	9
Budget Global	1492³³⁸	70 MDA	50MDA

Tab.81 : Les ratios de consommation budgétaire (salaires/équipements/maintenance)

2-Pour la seule année (2003) le budget des médicaments et consommables médicaux ayant atteint l'ordre des 2305 Mda³³⁹, on relève une dépense pour les seuls hôpitaux: le CHU de Tlemcen : 314 Mda ; L'EPH de Ghazaouet : 25 Mda ; l'EPH de Maghnia : 56 Mda. Pour la même année s'agissant des dépenses en équipements et travaux d'entretien et de maintenance le CHU de Tlemcen ayant consommé : 440 Mda. soit (45 Mda pour les équipements et 22 Mda pour l'entretien. l'EPH de Maghnia 211 Mda. Et l'EPH de Ghazaouet 181 Mda.Les établissements restants (09) EPH et EPSP confondus ont été fiancé entre 2 et 6 Mda. Pour les chapitres dépenses de personnels et équipements.

³³⁷ Les données sont traduites par le logiciel « Statistica (analyse de correspondances multiples) .

³³⁸ Budget calculé pour l'ensemble des établissements de la wilaya pour retrouver la somme globale budgétaire il ya lieu d'ajouter les sommes allouées aux autres établissements. (tableaux des budgets en annexes)

³³⁹ Mda : Millions de Dinars Algériens.

2.3. Année 2004.

-budget consommé global pour l'ensemble des établissements (1430 Mda.)

Nous relevons un accroissement relatif par rapport aux années antérieures s'agissant des dépenses de personnels ; de médicaments et équipements ; la formation et la prévention. Les « EPSP de la Wilaya » ont vu leurs dépenses s'accroître pour un total de **1080 Mda.** (Tlemcen ; Maghnia ; Sebdu ; Ghazaouet et Remchi pour les dépenses des personnels ; Maghnia et Ghazaouet pour les équipements et le médicament ; Ouled Mimoune , Tlemcen et Sebdu pour la prévention et la formation des paramédicaux essentiellement.

2.3.1. Dépenses en salaires des personnels (en millions de dinars)

- EPSP.Tlemcen.....243 Mda = 22%
- EPSP.Maghnia.....220 Mda=20%
- EPSP.Sebdu.....164 Mda =15%
- EPSP.Ghazaouet.....194 Mda=17%
- EPSP.Remchi.....154 Mda=14%

2.3.2. Dépenses en médicaments : (budget global régional : 142 Mda)

- EPSP Tlemcen.....11 Mda...7%
- EPH Ghazaouet :.....34 Mda.....2%
- EPH Maghnia:.....65 Mda...45%
- EPH Sebdu :.....17 Mda...11%

2.4. Année 2005.

Les dépenses en équipements et salaires des personnels sont définies comme:

les chapitres ayant connu une forte dépense concernent les dépenses de personnels et les équipements pour ce qui concerne les établissements périphériques à savoir L'EPH de Maghnia ,Ouled-mimoune ; l'EPSP de Tlemcen ,l'EPH de Remchi.Pour le CHU de Tlemcen ,les chapitres prévention ;médicaments et autres dépenses de fonctionnement furent les plus utilisés : Maghnia 15% (dépenses de personnels) et 6% (pour les dépenses de matériels ; O/mimoune 6% et 12% ; PSEP Tlemcen 15% et 24% ;Remchi 10% ET 12% .³⁴⁰

La question qui s'impose étant de savoir si l'évolution de cette dépense est en rapport c'est-à-dire proportionnelle à la consommation budgétaire et les coûts de journées enregistrés au cours de la même année budgétaire. Si nous admettons comme base de calcul le prix de journée hospitalière qui serait calculé en fonction de la dépense globale et du nombre de journées réalisées le rapport relatif à l'évolution des coûts sera le même dans le temps puisque l'accroissement des dépenses sera proportionnel aux nombres de malades admis et au nombre de journées réalisées ;par conséquent le nombre de journée pris comme indicateur de mesure du coût réel de la prestation produite ne peut être considéré comme mesure du poids Médico-économique (du moins pris séparément sans tenir compte d'autres indicateurs).Nous constatons par ailleurs que la méthode des sections homogènes en matière d'estimation des coûts s'attèle à répartir les dépenses de façon homogène entre les sections d'où la nécessité d'intégrer des inducteurs et des coefficients de majoration dans le calcul A titre de vérification ; nous citerons trois services comme exemples : le service de chirurgie générale ; le service de

³⁴⁰ Les rations sont calculés sur la base des budgets annuels alloués par chapitre pour 1597 Mda (dépenses de salaires) et 158 Mda (pour les dépenses de matériels et équipements) .

gynécologie obstétrique ainsi que le service de médecine interne : nous relevons ce qui suit :
(Nombre de journées /Coûts de journées)

1-pour le service de chirurgie :

Année 1998Nombre de journées réalisées =.....32666 journées

Année 1998.....Le coût de journée =**11844.48 da**

Année 2008.....Nombre de journées réalisées 45214 journées

Année 2008.....Le Coût de journée= **11441.01 da**

2-Pour le service de médecine interne :

Année 1998Le Nombre de journées réalisées...= 4070 journées

Année 1998.....Le coût de la journée.....= **1365.37 da**

Année 2008 :.....Nombre de journées réalisées..... =7615 journées

Année 2008..... Coût de Journée=..... **5774.19 da**

3-Pour le service de gynécologie:

Année 1998.....Nombre de journées réalisées = 4476 journées

Année 1998..... Coût de journée= **3211.25 da**

Année 2008.....Nombre de journées= 4476 journées

Année 2008..... Coût de journée.....= **4252.00 da.**

-Il ressort que malgré l'accroissement substantiel des budgets de fonctionnement et d'équipement pour une période étalée sur 10 années (+ de 67%); ainsi que l'augmentation du nombre de journées réalisées ; les coûts unitaire de journées hospitalières n'ayant pas connu une augmentation appréciable en rapport avec l'évolution des dépenses.

2.5. Année 2006 :

Le constat qui est établi pour l'année 2006 fait montre de la prépondérance des chapitres (Entretien ; dépenses de fonctionnement ; le médicament et les charges de personnels). Concernant l'entretien On enregistre une part de 24% s'agissant de l'établissement de Ghazaouet sur une enveloppe globale de 53 MDA ; 24% de dépenses de médicaments sur une enveloppe globale tous secteurs confondus de 149MDA. L'établissement de Maghnia occupe le deuxième rang avec 38% pour le médicament sur une dépense globale 149 MDA.

Hôpitaux/Chap.	Entretien	Fonctionnement	Médicaments	Personnels
Remchi	12%	11%	-----	25%
O/Mimoun	-----	-----	-----	8%
Ghazaouet	24%	18%	24%	17%
Sebdou	-----	18%	14%	-----
Maghnia	18%	22%	38%	19%
EPSP/Tlemcen	-----	-----	-----	25%
Total Dépenses	53 Mda	70 Mda	149 Mda	1274 Mda

Tab.82 : Dépenses budgétaires année 2006.

2.6. Année 2007

Pour une dotation globale régionale de l'ordre de 2369 (Mda) tous chapitres confondus ; l'on constate que Les établissements périphériques ont connu une augmentation appréciable concernant les chapitres rattachés aux dépenses de personnels ; les équipements et matériels spécifiques ainsi que les dépenses de fonctionnement courant. L'hôpital de Remchi ayant dépensé s'agissant des charges salariales : 210 (Mda) sur une dotation globale régionale de 1624 (Mda) s'agissant des charges salariales soit 12% ; pour Ghazaouet la dépense pour le même titre a été de l'ordre de 19% de dépense budgétaire régionale.

Le chapitre des médicaments et consommables médicaux ayant enregistré une forte dépense pour l'établissement de Maghnia soit un ration de 41% ; ce qui représente l'équivalent de 87 Mda sur une enveloppe de dépense globale régionale de 209 Mda. L'hôpital de Seb dou 30 Mda (pour les médicaments et consommables) et 20% pour le chapitre prévention. L'établissement de O/Mimoune ayant enregistré pour le chapitre dépenses de personnels : 9% soit 159 Mda sur une dépense régionale de 1624 Mda.

2.7. Année 2008

Pour une dotation budgétaire régionale globale de 5295 Mda. ; Le CHU de Tlemcen ; ayant consommé l'équivalent de 52% pour le chapitre médicaments et consommables à usage médical soit une valeur de 530 Mda ; l'E.H.S (Mère et Enfant) totalise une dépense de l'ordre de 13% soit 136 Mda ; l'hôpital de Maghnia pour l'entretien soit 22% sur un budget régional de 181 Mda .Les (EPSP) de bab el assa ; Remchi ; O/mimoune ; Ghazaouet et Tlemcen sur deux chapitres charges des personnels et prévention ont consommé 17 Mda soit un ratio de 9% sur l'enveloppe régionale attribuée pour les deux chapitres (3005) Mda.

2.8. Année 2009

Pour une dotation globale budgétaire régionale de 6086 Mda. : Les EPH périphériques (Seb dou ; Maghnia ; Nédroma ; Ghazaouet) ont cumulé une dépense de 32 Mda sur une enveloppe globale de 332 Mda soit 9% du budget de fonctionnement. Le CHU ayant dépensé pour les dépenses de fonctionnement 30 % sur 332 Mda alloué pour la région. S'agissant toujours du CHU de Tlemcen ; Le chapitre médicaments et consommables médicaux enregistre un taux de 63% soit 900 Mda sur un budget régional de 1410 Mda. Pour le chapitre Entretien et équipements l'EHS (Tlemcen) ayant dépensé 24 Mda sur une enveloppe globale de 215 Mda allouée pour le chapitre. Les Hôpitaux de proximité ont connu une forte dépense pour les chapitres : charges de personnels et la prévention.

2.9. Année 2010

Le budget régional alloué et consommé a été de l'ordre de 6776 Mda.

1-L'on constate une augmentation des charges de personnels : -60% de (690) Mda pour l'EPSP de Tlemcen ; 40% de (690) Mda pour l'EHS(Tlemcen).2- Constat également d'une augmentation des dépenses pour l'EHS et le CHU s'agissant des chapitres Médicaments et dépenses de fonctionnement. A titre de comparaison ; si l'on se permet de mesurer le poids budgétaire de deux hôpitaux centraux ; un CHU national de (847) lits ; par rapport à un CHU de France ayant une capacité de (617) lits ; ce dernier fût doté d'une enveloppe budgétaire de 80 Millions d'euros soit une valeur de 819 Milliards (600) millions en da.Cts Le CHU national pour la même année (2005) ayant été doté de(177) Milliards (752) millions daCts .On remarquera que le CHU de France³⁴¹ ayant bénéficié d'une enveloppe largement supérieure à celle allouée à l'hôpital national bien que le nombre de lits est plus réduit. Ce qui explique que la capacité en lits ne peut en aucun cas justifier l'accroissement des coûts d'hospitalisation ; par ailleurs le calcul des coûts basé uniquement sur le nombre de journées hospitalières ne semble pas déterminer la réalité du poids Médico-économique dans la prise en charge des patients.

1-Allocation Budgétaire pour les chapitres Médicaments ; matériels et outillage médical(année 2010)-en millions de dinars(Mda).

³⁴¹ Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation .Données de coûts ENCC -France-2008.

Hôpitaux /Chapitres	Médicaments et Produits à usage médical	Matériels et Outillage Médical.
2-CHU	1 Milliards.de da	115 Mda
3-E.H.S.	120 M.da.	22 Mda

Tab.83 : Dépenses en matériels et outillage (année 2010).

2-Appréciation des coûts moyens de journées hospitalières :(année 2010)

- Pour l'ensemble des E.P.H. 10027, 00(da.)
- Pour l'ensemble des EHS+CHU :..... 13.192, 00 (da.)
- Pour les services chirurgicaux du CHU et EHS de la wilaya : 8769, 00 (da.)
- Pour les services chirurgicaux des hôpitaux de proximité :..... 6404,00 (da.)

Nous constatons que les coûts moyens de journées hospitalières sont élevés pour les hôpitaux de proximité s'agissant des services chirurgicaux ceci s'expliquerait notamment par le fait que la durée de séjour étant prolongée car le nombre d'admission des patients est restreint en comparaison avec les hôpitaux centraux, de ce fait plus la durée est prolongée et plus les dépenses sont engagées .Pour la détermination des coûts de séjours ; il s'agit de multiplier le prix de journée par la durée moyenne de séjour soit :(Coût de journée x DMS).

3-Estimation des Coûts Moyens de journées hospitalières pour les EPH ET EPSP : (extraits par la méthode des sections homogènes) :³⁴²

Hôpitaux	Coûts Moyens de ³⁴³ journée hospitalière (da)	N /lits	Budgets Coûts ³⁴⁴
1-EPH-Nédroma	9525.00	40	182 Mda
2-EPH-Maghnia	12559.00	215.....	465 Mda
3-EPH-Sebdou	6433.00	194.....	357 Mda
4-EPH-Ghazaouet	11591.00	203.....	235 Mda
5-EPSP-Tlemcen	21794.76	22.....	538 Mda
6-E.P.S.P-Ouled Mimoun	15030.97	H/J.....	308 Mda
7-EPSP-Maghnia	10375.00	H/J.....	247 Mda
8-E.P.S.P-Ghazaouet	956.00	H/J.....	235 Mda
9-EPSP.-Bab el Assa	407.72	H/J.....	110 Mda
10-EPSP-Sebdou	406.50	H/J.....	190 Mda
11-EPSP-Remchi	24441.49	H/J.....	355 Mda
12-EHS-Tlemcen (Mère-Enfant)	Maternité=10951.00 Pédiatrie= 4594.22	114.....	346 Mda
13-CHU-Tlemcen	32503.00	847.....	1638 Mda

Tab. 84: Estimation des coûts moyens de journées hospitalières

³⁴² Les coûts de journées reproduits ci-dessus représentent les dépenses occasionnées toutes charges confondues pour les services cliniques ainsi que les services chirurgicaux. Pour les hôpitaux de proximité (EPSP) la prise en charge des patients se limite essentiellement à « l'hôpital de jour ».les « EPSP » regroupent généralement des polycliniques et des centres de soins de proximité. Les « EPH » sont des hôpitaux de taille moyenne comprenant plusieurs spécialités cliniques et chirurgicales de base dotés de lits et effectuent des hospitalisations de moyenne, courte et longue durée. H/J : (hôpitaux de jour) ; Les « EPSP » sont dotés de lits d'hospitalisation de jour ; leur capacité en lits varie entre 10 et 20 lits réservés pour les soins d'urgences. La prise en charge des patients se limite essentiellement à«l'hôpital de jour » où le patient(e) bénéficie uniquement de la consultation et des soins considérés d'urgence en intra hospitalier.

³⁴³ Période 2002-2010 en considération du budget relatif à l'exercice 2010.

³⁴⁴ Mda : Les Coûts sont valorisés en millions de dinars algériens.

4-Nombre de journées réalisées par les établissements de la région pour la période 2010 :

Hôpitaux	Capacité/lits	Journ/Chirur.	Journ/Médi.	Total/Journ.
1.C.H.U.Tlemcen	847	41998	118866	160864
2.E.H.S.Tlemcen	114	42767	19670	62437
3.EPH.Ghazaouet	203	4824	9469	14293
4.EPH.Maghnia	215	17016	11962	28978
5.EPH.Nedroma	40	3307	2743	6050
6.EPH.Sebdou	194	10414	12067	22481
7.EPSP.Tlemcen	22	00	993	993
8.EPSP.Remchi	00	00	1034	1034
9.EPSP.Ghazaouet	00	00	00	00
10.EPSP.Maghnia	00	00	00	00
11.EPSP.Babelassa	00	00	55	55
12.EPSP.Sebdou	00	00	116	116
13.EPSP.O/Mimoun	00	00	1369	1369

Tab. 85: Nombre de journées réalisées pour la période 2010.

Analyse : Ce tableau décrit le rapport entre le taux d'activité des services de chirurgie et de médecine ; si on peut se permettre de comparer l'activité des établissements de taille relativement homogène on fera remarquer que le rapport : (volume de journées réalisées / capacité en lits) s'avère disproportionné : à titre d'exemple concernant l'EHS qui ne possède que le tiers du nombre de lits recensés au CHU ; prenant en charge deux spécialités (la gynécologie et la chirurgie infantile) réalise un taux d'activité hospitalier de presque la moitié de celui réalisé par le CHU dans douze spécialités. Néanmoins, la durée de séjour n'explique pas le degré de performance d'un établissement donné ; un long séjour peut être assimilé à une mauvaise prise en charge sur le plan clinique comme nous l'avons expliqué antérieurement (reprise des patients pour défaut de programmation ; manque de moyens thérapeutiques ; défaillance des équipements ; rupture de médicaments ; allongement de la durée de séjour des patients pour recherche et position de diagnostics ...). Pour les EPH de Maghnia et de Ghazaouet ; l'établissement de Maghnia réalise un taux d'hospitalisation double de celui de Ghazaouet pour une capacité d'accueil presque similaire. Cette différence peut être expliquée par le fait que l'établissement de Maghnia au vue de la population hospitalière bénéficie d'un budget presque double de celui de Ghazaouet. (464 Mda contre 235 Mda). Il est cependant utile de faire remarquer que l'activité chirurgicale pour l'établissement de Ghazaouet est quatre fois supérieure à celle réalisée par l'établissement de Maghnia . (4824 /17017) ; Tandis que l'inverse est constaté pour l'activité clinique (14293 /28978). pour le seul CHU de Tlemcen ; les données enregistrées dénombrent : 19677 patients admis réalisant 99256 journées avec une durée moyenne de 5.04 jours .³⁴⁵

5-Evaluation de l'activité du plateau technique (Laboratoires et services de radiologie : (2010-2011))³⁴⁶

³⁴⁵ Données enregistrées selon rapport du « projet d'établissement pour l'année 20106-CHU de Tlemcen.-D.G. »

³⁴⁶ Suite aux directives du ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière (direction centrale du calcul des coûts) ; l'activité des blocs opératoires (mesurée en K et en K.aré.) n'étant pas comptabilisée par les établissements et ce depuis l'année (2006) pour les (CHU) essentiellement où l'activité chirurgicale est importante ; ceci étant dû en majeure partie à l'absence du système d'information médical chargé de transposer l'information Médico-technique en données comptables. Il est à préciser que le coût du R étant similaire pour l'EHS et le CHU qui utilise le même plateau de radiologie du fait de la proximité des deux établissements.

Etablissements	Nombre de « B »	Nombre de « R »	Coût Unit. B (da)	Coût Unit. R (da)
CHU Tlemcen	7214690	1359430	7.65	44.65
EHS Tlemcen	374130	1201200	12.34	44.65
EPH.Ghazaouet	2686175	134371	14.63	82.71
EPH.Maghnia	2617665	100785	10.00	63.00
EPH.Nedroma	1613580	122483	10.48	95.15
EPH.Sebdou	751180	152765	20.78	46.40
EPSP.Tlemcen	994950	361816	11.19	54.00
EPSP.Remchi	1879635	246254	8.28	48.99
EPSP.Ghazaouet	1835718	34411	42.70	99.25
EPSP.Maghnia	1239960	32797	10.00	104.22
EPSP.Bab El-assa	225471	11996	6.00	137.00
EPSP.Sebdou	237534	15522	7.30	207.94
EPSP.O/Mimoune	1017887	130654	8.82	44.95

Tab. 86: Activité du plateau technique (Laboratoires et services de radiologie 2010-2011)

On remarque travers ces données que le coût des prestations varie entre un minimum de (7da) pour les services de laboratoires et un maximum de (42.70 da) ; le minimum de coût est assuré par les laboratoires du CHU sachant qu'il est le plus doté en équipements et en personnels ; avec une production largement supérieure en « B » ; soit 7 fois plus que la production d'un (EPSP) ; son coût unitaire s'avère le plus bas .Cela s'explique par le fait que plus la demande est forte et dans les conditions où les coûts fixes sont relativement stables le coût unitaire tend vers la baisse.

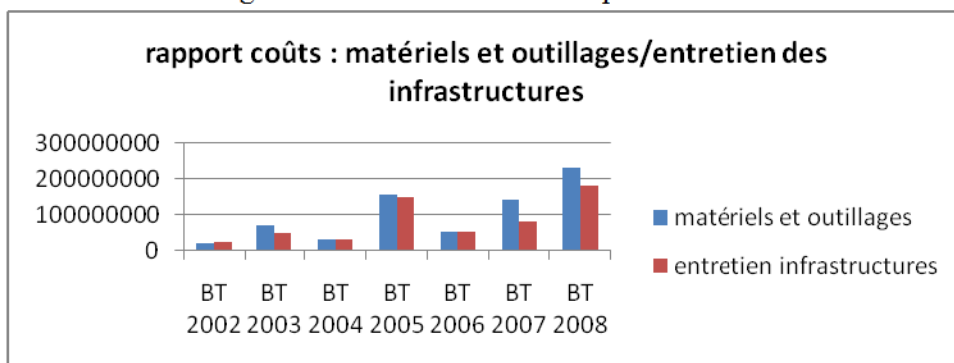
Les (EPSP) par contre sont dotés de laboratoires compétitifs avec un personnel réduit et une demande assez faible ; le coût est ainsi majoré eu égard aux dépenses inappropriées en matière d'usage de solutés et réactifs ; un autre facteur explicatif est rattaché à la nature de prise en charge ; les patients relevant des EPSP sont souvent orientés vers l'hôpital central pour bilans et radiologie relevant de spécialités.(Scannographie-Endoscopie- MédecineNucléaire-Biochimie-Hématologie-Microbiologie).³⁴⁷

³⁴⁷ A titre de comparaison ; pour l'année 2005, le coût moyen du **B** et du **R** pour l'hôpital public Marocain a été enregistré respectivement : 1 B= 1.48 DH et 1R=6.15 dirhams soit en dinars 1**B**= **12.987** da et le **R**=**54.0277** da. (Le Taux de conversion 1dh = 8.785 da.

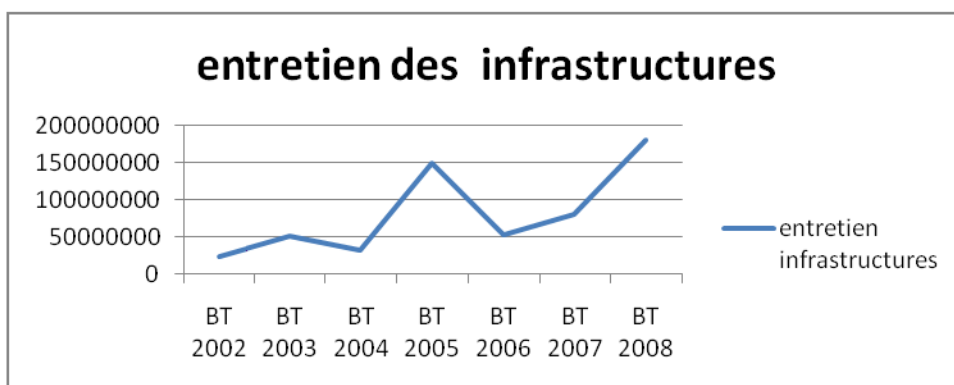
Evolution du Budget de fonctionnement régional par Nature De Dépenses (2002-2008)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XI
	salaires	formation	Alimentation	medicaments	prevention	matériels et outillages	entretien infrastructures	autres dépenses	Œuvres sociales	Total
BT 2002	950000000	4540000	12450000	106380300	44420000	223000000	23250000	38500000	15500000	1217440300
BT 2003	1492354000	65770000	30150000	438267695	59320000	703000000	50750000	86000000	23500000	2316421695
BT 2004	10801300000	24000000	15780000	1420000000	548000000	320000000	320000000	520000000	198000000	14308800000
BT 2005	1597900000	84560000	30050000	625000000	121500000	1580000000	1190000000	1450000000	330000000	29139050000
BT 2006	12740000000	26260000	335000000	1190000000	550000000	540000000	530000000	700000000	345000000	17256250000
BT 2007	16242500000	64600000	565000000	2090000000	870000000	1440000000	810000000	1270000000	345000000	23697100000
BT 2008	30050000000	2524000000	1550000000	10050000000	1258000000	23310000000	1810000000	2885000000	467500000	52925500000

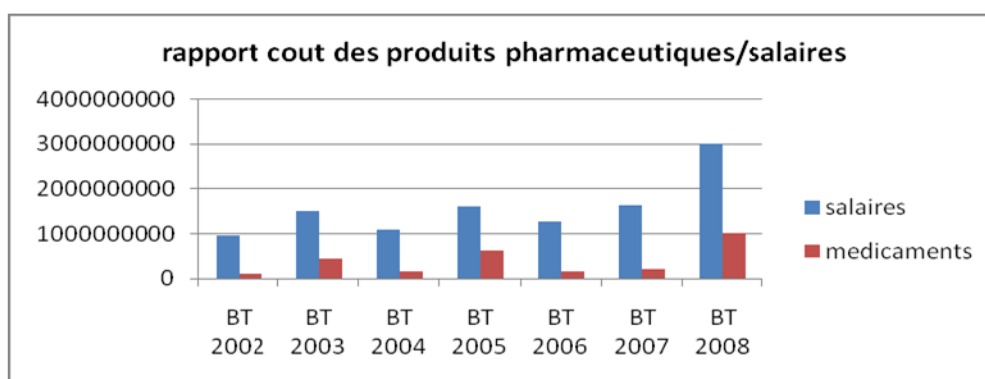
Tab. 87: Budget de foctionnement des hôpitaux de la W.Tlemcen.



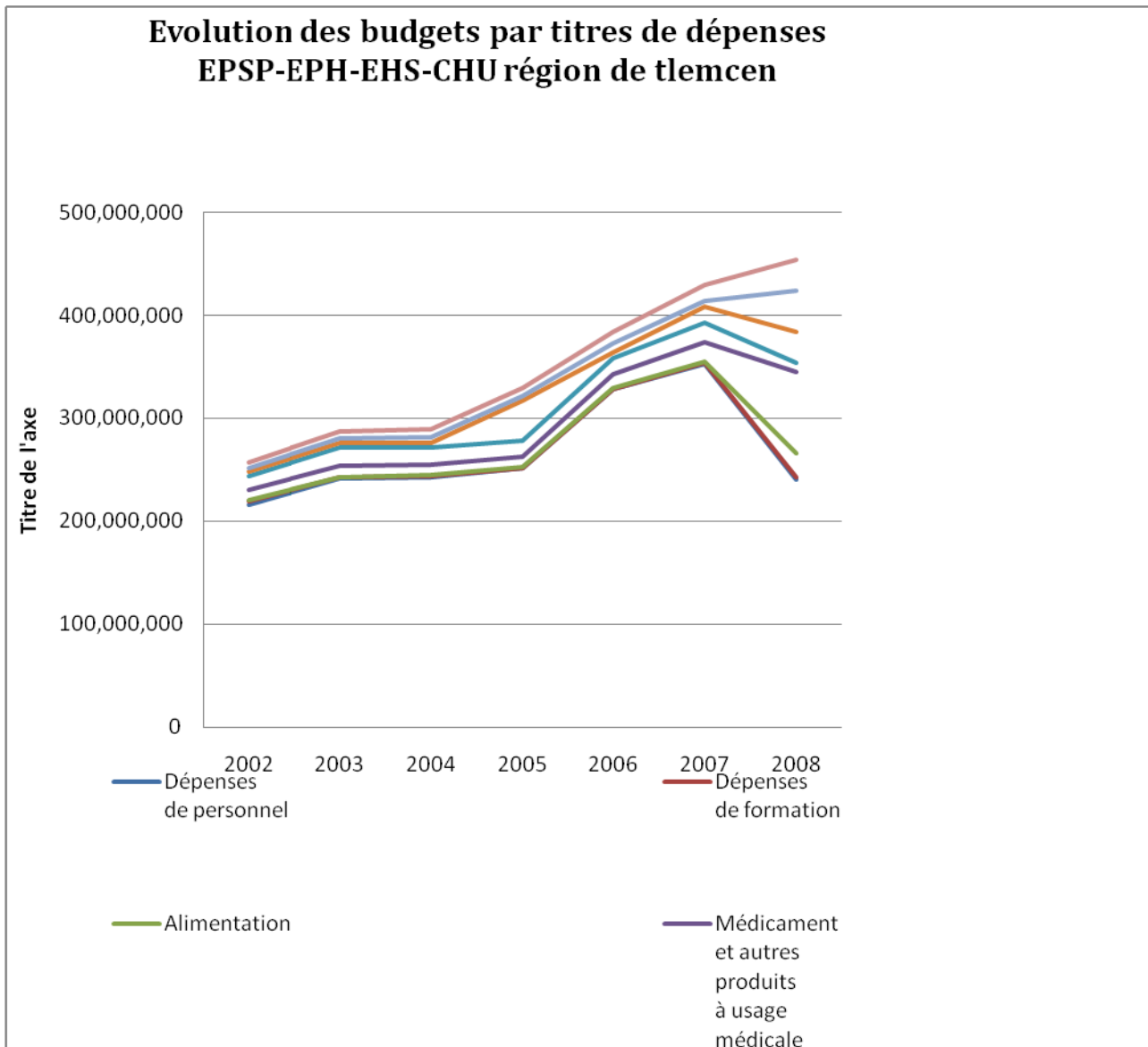
Graphe.5 : Rapports de coûts Materiels –Outillage et entretien.



Graphe.6 : Rapport Coûts entretien des infastruture/Budget.



Graphe.7 :Rapport Coûts produits consommables/Salaires/Budget.



Graphe .8 : Evolution des titres budgétaires (2002 à 2008).

3. Observations générales :

- Les coûts de journées reproduits ci-haut ; représentent des coûts moyens calculés pour toutes les spécialités confondues d'une part ; ce qui veut dire que la consommation en ressources est répartie de façon homogène entre les centres de coûts.
- Le coût de prise en charge total qui sera pris en considération comme redevance à payer ou à rembourser selon le cas est calculé selon le procédé suivant :
 - Le Coût de journée hospitalière que multiplie le Nombre de journées passées dans un service + Le coût de l'activité Médico-Technique valorisée selon l'indice d'activité (ICR) pour les actes de chirurgie et d'anesthésie + Le Coût de revient du plateau technique (R, et B) + Les charges relatives aux dépenses des services administratifs ; économat et hôtellerie. A noter que les systèmes de santé européens valorisent les différents indicateurs de mesure de l'activité hospitalière selon des échelles

de coûts établies par région et rapportées à un niveau national .Cette opération d'évaluation est entreprise par des agences de notation et d'évaluation telle l'ARH³⁴⁸ en France .

▪ on fera remarquer que le prix de journée hospitalière est inversement proportionnel à l'accroissement du nombre de journées réalisées par service. Cela revient à conclure que le prix de revient de journée n'est pas en rapport avec l'évolution globale des charges .Comme nous l'avons déjà relevé ; l'estimation des budgets de dépenses basé sur le prix de journée calculé selon la méthode des sections homogènes dont la finalité étant de répartir les charges selon deux paliers de façon homogène s'avère une technique non rationnelle ; c'est pour cette raison que les hôpitaux européens adoptèrent d'autres méthodes de calcul plus significatives : « la tarification à l'activité » ainsi que « la tarification à la pathologie ». Si ces dernières techniques aboutissent au calcul du coût plus ou moins réel ; la méthode classique (basée sur les sections homogènes) utilisée indépendamment s'attelle à produire des coûts moyens . Ce qui démontre les différences de coûts si l'on se réfère aux standards internationaux hospitaliers enregistrés dans d'autres pays ; c'est ce que nous essayerons de démontrer à travers les deux études comparatives qui suivent.

▪ En ce qui concerne la cotation des actes ; puisque le système de santé National s'accorde à reprendre le même procédé de cotation « des actes » incluant les mêmes indicateurs d'évaluation à savoir le nombre d'entrées , le nombre de journées d'hospitalisation ,la durée moyenne de séjour , le taux d'occupation des lits ainsi que le volume des actes para cliniques (cotation des B, des R et des K) ; il fût constaté³⁴⁹ néanmoins que ces mêmes indicateurs ayant prouvé qu'ils ne permettent pas une juste mesure du poids Médico-économique car ils ne tiennent pas compte de l'impact du recrutement (case mix) de l'hôpital ,c'est-à-dire d'un ensemble de caractéristiques des patients qui fait intervenir la sévérité ; la difficulté du traitement et la nécessité d'interventions spécifiques. De même que, les cotations ne constituent pas un indicateur fiable de l'activité et ne peuvent rendre compte des durées de séjours. Il s'agit au fait d'apprécier la formation des coûts en les rapportant à la pathologie ; c'est-à-dire modéliser les processus de soins dans lesquels interagissent de façon complexe le malade, la pathologie que présente le patient ; les pratiques médicales et l'utilisation des ressources des hôpitaux qui est différente d'un établissement à un autre. La nécessité de l'implantation d'un système d'information apte à produire et à traiter les informations à caractère médical, financier et comptable se fait plus que sentir ; si l'on admet que le passage à un système d'évaluation exige donc une restructuration tant dans le mode d'organisation que par rapport aux techniques et outils de mesure de la production hospitalière. Un système d'allocation budgétaire corrélé à l'activité réelle des hôpitaux va permettre aux autorités de tutelle de mieux répartir les budgets .Nécessité aussi de se conformer à des indicateurs de mesure de l'activité hospitalière beaucoup plus performants que ceux adoptés jusqu'ici , à l'exemple de l'indice (ISA) dont on se sert dans les systèmes de santé européens pour mesurer la production en « actes des établissements de santé » et pour permettre aussi la comparaison entre hôpitaux de même taille : plus l'indice est faible , plus la production de l'établissement étant de mauvaise qualité ; c'est sur la base de cet indice d'appréciation que les hôpitaux sont « notés » .Les structures de traitement des données est aussi à développer à l'image des « DIM »³⁵⁰ « de traitement informatique drainées par le « PMSI » sont à promouvoir (inexistante dans les structures de santé nationales), Le codage des diagnostics et des actes qui permet de classer les séjours hospitaliers dans les groupes homogènes de malades de

³⁴⁸ ARH : l'agence régionale des Hôpitaux .Ayant pour rôle de superviser les dotations budgétaires; d'évaluer les dépenses publiques des hôpitaux et de valoriser les indicateurs d'activité.

³⁴⁹ D'après étude publiée par Patrice Degoulet et, Marius Fieschi « Traitement de l'information médicale : Méthodes et applications hospitalières » .Chap.17-2009.

³⁵⁰ DIM : les directions de l'informatique médicale.

coûts différents ; dans cet objectif ; le programme informatique va précisément mesurer l'activité médicale hospitalière à travers l'ensemble des structures du système de santé (nationales et privées). Ce mode d'organisation contribuera à la maîtrise des dépenses de santé en harmonisant les coûts de production des soins en fonction des pathologies prises en charge, dans les différents établissements .

VI. Cas d'application(6) : Etude comparative.

Evaluation Médico-économique d'un Acte de Chirurgie Obstétrique avec complexité clinique effectué dans deux hôpitaux publics différents ; un hôpital public national (le CHU Tlemcen Algérie) et un hôpital public Français (le CHU. Mulhouse) données cliniques 2008.

Nous faisons remarquer que les mêmes dispositifs médicaux à usage unique nécessaires à la mise en œuvre de l'acte opératoire sont recensés pour le bloc opératoire de chirurgie obstétricale. Pour chaque intervention une liste prédéfinie de dispositifs médicaux est préparée par les infirmiers instrumentistes. C'est ainsi que les consommations en dispositifs médicaux sont identiques selon le type de pathologie à opérer et aussi selon la technique opératoire utilisée par les praticiens.

1. Pour ce qui concerne les consommations en produits pharmaceutiques.

Les coûts relatifs à ces produits sont calculés pour le cas français selon une base de prix négociés entre prescripteurs et fournisseurs. Pour le cas algérien les prix n'obéissent pas aux prix du marché (pharmacies centrales des hôpitaux publics) : (l'Etat est le principal fournisseur).

▪ Les Actes Médico-Techniques : (Imagerie Laboratoire et gestes techniques chirurgie-anesthésie) sont valorisés pour le cas français conformément à la cotation des actes dont les valeurs respectives correspondent aux coefficients repris ci-dessus :

	1998	2010
Z	1.62€	19.44€
K	1.92€	23.04€
B	0.27€	3.24€

Tab. 88: La Cotation des Actes.

(K, B, Z) : Coefficients de mesure de l'unité de charge de laboratoire de radiologie et des actes de chirurgie.

2. Frais Médicaux.

▪ Les coûts relatifs à la durée d'hospitalisation sont calculés en fonction du prix de séjour hospitalier.

Soit pour le cas (hôpital France) → 428.66 € / jour d'hospitalisation

Un forfait de → 10.67 € / jour

Soit au total → 439.33 € / jour..... T1

▪ L'intervention chirurgicale caractérisée par le volume de main d'œuvre technique est valorisée en (KC) reproduisant le coefficient K chirurgical et le K anesthésique-soit un K.C équivalent à =2.09 €.

Intervention	Acte « Gynéco-Obstétrique avec Anesthésie Générale »
Moyens dispositifs Médicaux	Sonde d'intubation trachéale
	Sonde gastrique filtre humidificateur
	Seringue de 10 ml
	Champ isolé
	Electrodes
	Tuyau d'aspiration
	Embout d'aspiration
	Sonde d'aspiration
Coût total	298 €.....T2

Tab. 89: Coûts en Dispositifs Médicaux liés à l'Anesthésie.³⁵¹

▪ Grille des coûts -Année : 1998.

Dispositifs	Coûts	
Fils et sutures	169€	
Pansements / compresses	11€	
Lames de bistouri	02€	
Gants	8€	
Divers (sondes urinaires drains-tubulures-housse de camera- seringues)	95€	
Total coûts anesthésie et intervention chirurgicale pour les dispositifs médicaux (T3)	285€	1998
	855€	2010

Tab. 90: Dispositifs Médicaux Répertoriés pour Une Intervention Chirurgicale.

Nature de l'Examen	Chirurgie / Gynécologique-obstétrique	
Actes	% de réalisation Fréquence (1)	Prix de facturation (1)-Coût Min ³⁵² (2)-Coût Max ³⁵³
A.C.B.U.	23.5	72.16€ - 36.08€
R.A.I.	11.8	53.60€ - 26.80€
Hémoculture	11.8	95.40€ - 47.70€
NFS	29.4	47.96€ - 23.98€
Echographie	11.8	308€ - 154€
Doppler	/	/
ECG	4.8	49.40€ - 154€
Glycémie	23.8	11€ - 5.50€
Coût moyen des examens par patient pris en charge		637.52€
Coût moyen / patient.....T4		318.76€

Tab. 91: Fréquence de réalisation et coût des examens biologiques et radiologiques complémentaires.

³⁵¹ D'après Une étude de Balzer.E.Walter C –OTTEMI.J.C –L'évaluation des Coûts d'une anesthésie – journées (IADE -1998-).France. ³⁵¹ KC= Coefficient chirurgical. KA= coefficient anesthésique.

³⁵² (1). Pour un Echantillon de 39% de patients ayant subi une intervention chirurgicale.

³⁵³ (2). Approximation faite sur année 2010.taux de conversion 1euro=101.45 da

- ECBU = examen cyto bactériologique des urines. * RAI = Recherche d'agglutinations irrégulières. * NFS = Numération de formule sanguine

Coût de l'intervention en cycle opératoire	Coût de Revient Hôpital public (France)	Coût Hôpital Public National (Algérie)
Durée de L'acte (1h à 1.h 30 mn)	193870.95 da	7.7950, 80 da
Conversion	1911 Euros	769 Euros

Tab. 92: Le Coût de revient d'un Acte Opératoire de charge moyenne = (T1+T2+T3+T4)

Compte tenu d'une Durée de Séjour Post Opératoire Moyenne de 07 jours : Le coût d'une prise en charge totale (Acte + coût de séjour) ; serait calculé en additionnant le coût de revient de l'acte + le coût de prise en charge hospitalière. Le cas de l'hôpital Français ; le coût de l'acte est annexé au coût de séjour hospitalier soit : (1911 E + 340 E) =2251 euros soit l'équivalent de (228364.00 da). Concernant l'hôpital public national (Algérie) ; le coût de revient total (Acte +coût de séjour) s'élèverait à : (77950.80+ 32853.00)= 110803.80 da.

3. Conclusion.

La différence observée est de l'ordre de (228364.00-110803.80)=117560.20 da. Soit une différence en pourcentage de : **106%**.

-Coût moyen d'une prise en charge en chirurgie obstétrique :³⁵⁴

- 1-Clinique..... 609 Euros
- 2-Médico-technique.....627 Euros
- 3-Logistique Médicale.....46 Euros
- 4-Gestion générale.....415 Euros
- 5-Charges directes117 Euros
- 6-Produits pharmaceutiques.....4 Euros.

Soit un Coût total moyen=1877 Euros soit une valeur en dinars Algériens de 190421.65 (da).

VII. Cas d'application (7) :

Analyse comparative des Coûts moyens de séjours reproduits par spécialités cliniques et chirurgicales : Entre Hôpitaux publics Algériens et Hôpitaux publics Tunisiens.³⁵⁵

Statut juridique des Etablissements : (Hôpitaux Publics de Tunisie et d'Algérie).

Taille de l'échantillon : 15 structures (hôpitaux publics) de différentes tailles.

Capacité d'accueil : entre 64 et 600 Lits - (période : de 2001 -2010)³⁵⁶

▪ Le modèle d'évaluation pratiqué.

Le système d'évaluation des coûts qui est utilisé en Tunisie comme en Algérie se rapporte à la méthode des sections homogènes, néanmoins les structures ne pratiquent pas encore l'évaluation basée sur le PMSI (programme de médicalisation du système d'information). Ce qui est important

³⁵⁴ Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation –Service Valorisation et synthèse-Lyon-France-2008.

³⁵⁵ Source: El-Saharty Sameh et Al (2006) Etude du secteur de la santé en Tunisie, département du développement humain ,région du Moyen Orient et Afrique du nord –Banque mondiale –Washington D.C.

³⁵⁶ 01 dinar tunisien = 51.782 Dinars Algériens (Conversion faite à un taux moyen pour la période considérée).

de rappeler c'est que l'information médicale est traitée par des bases de données ne répondant pas aux objectifs sollicités par les structures chargées de la valorisation des dépenses.

Nous faisons remarquer que le pilotage des informations n'est pas géré par des structures de l'informatique médicale (Direction de l'informatique médicale inexistante dans plus de soixante pour cents des établissements).

▪ Rappel sur Le système de santé Tunisien :

Le système de santé tunisien a évolué en trois étapes correspondant à trois phases chronologiques successives :

- Une phase d'expansion du système au cours des années (60 à 70); marquée par l'intérêt ciblé sur la formation des personnels et le développement des infrastructures dans le secteur public.
- Une phase de généralisation de la couverture sanitaire au cours des années (80 et 90).

Le programme fut porté sur l'extension géographique de l'offre de soins et l'amélioration de l'accessibilité aux soins particulièrement le développement du secteur privé et la promotion de l'industrie pharmaceutique locale. (Les dépenses de santé connaissent un accroissement soit 6% du PIB en 1980).-La troisième période (années 1990-2000) s'est caractérisée par l'engagement des autorités du pays pour la refondation du système de santé et du régime assurantiel notamment l'amélioration de la qualité des services de santé ainsi que la maîtrise des coûts.

▪ Le programme diligenté par le gouvernement Tunisien s'articule autour des axes suivants :

La qualité des services de santé et la sécurité des soins ; La gestion rationnelle des ressources humaines et matérielles et leur adéquation aux besoins de la population. L'implantation du réseau national de l'information et de la gestion des données sanitaires ; Mise en place d'un dispositif d'évaluation Médico-économique permettant le financement des établissements de santé sur la base de leur performance financière. Faisant face aux ajustements structurels de l'économie , le système de santé public Tunisien ; ayant fait l'objet d'une réforme ciblant dans une première phase les hôpitaux universitaires , puis étendu aux hôpitaux régionaux .Les objectifs de cette réforme visaient à instaurer une autonomie de gestion et d'exploiter un système d'information hospitalier qui permettrait la révision des modes de financement du secteur hospitalier et d'intégrer dans le mode d'allocation des ressources les critères de performance médico-économiques objectifs.

▪ La réforme (du système de santé Tunisien) ayant permis la mise en place :

-d'un système information hospitalier de gestion basé sur des procédures de gestion uniformisées associées à des critères d'évaluation standards .Les structures de collecte et de traitement de l'information ont pour objectif le recensement des activités et l'évaluation des coûts hospitaliers ce qui permettrait de réaménager les modalités de partage des charges financières de manière équitable entre les différentes sources institutionnelles de financement.

-La création d'un centre informatique à un niveau central pour le traitement de l'information a permis d'amorcer le système d'évaluation des coûts par spécialité hospitalière, on notera que les applications informatiques sont jusqu'ici partiellement Intégrées.

-A titre de rappel on citera la codification des actes selon la nomenclature du plan comptable analytique hospitalier ainsi que le rattachement des comptes de la comptabilité générale vers les sections d'analyse propre à la comptabilité analytique hospitalière. D'autres sous systèmes comptables sont mis en application : le traitement des salaires, la comptabilité des stocks, la gestion intégrée des médicaments et accessoires, la gestion des immobilisations.

▪ Les résultats enregistrés suite à la réforme (système de santé Tunisien):

Les gestionnaires des établissements ont pu grâce à cette base de données ; entamer des négociations avec les partenaires économiques et sociaux notamment les assurances (la caisse nationale d'assurance maladie). Sur le plan interne ; les coûts enregistrés ont caractérisé la base de discussion entre les acteurs des établissements de santé (les départements médicaux) et les gestionnaires d'autre part .La base de données ainsi produite par le système d'information hospitalier est utilisée comme outil d'analyse des activités et facilite l'élaboration des budgets et l'opération de contrôle des coûts. Sur le plan externe : la détermination des coûts moyens par admission et par spécialité ayant servi de base de négociation avec les caisses de sécurité sociales dans la fixation des tarifs forfaitaires sur lesquels est basé le procédé de facturation des prestations et soins prodigués pour les patients assurés sociaux .Par ailleurs il ya lieu de préciser que la mise en œuvre de ce modèle facturation basé sur le calcul des coûts d'exploitation a en effet contribué à la redistribution des charges de financement des frais de soins dans le secteur de soins public de manière rationnelle . En référence aux données reproduites au Tableau 2, on constate une diminution des ressources provenant de l'Etat et un accroissement substantiel de la part de financement provenant des caisses de sécurité sociales. (3% contre 30%).

▪ Les limites recensés dans le cadre du programme de réforme :

Malgré la mise en place d'un système d'information permettant l'usage des outils de gestion propre au management hospitalier moderne ; il ya lieu de citer certaines limites qui nécessitent d'être mises en relief :-Le manque de personnels technique formé spécifiquement pour la collecte des informations relatives à la comptabilité hospitalière ; L'absence ou insuffisance d'agents médicaux et paramédicaux formés dans la gestion des dossiers patients (agents ayant une double formation médicale et de gestion et ayant pour rôle de codifier les activités et les différentes prestations).Sur le plan de l'évaluation, la prise en compte du « coût moyen » par admission établi comme référence en matière de facturation et pratiqué comme tarif unique pour l'ensemble des structures de santé ne semble pas être un indicateur fiable étant donné que les moyens déployés par les structures sont hétérogènes. Si l'on se réfère au système européen les coûts sont définis par groupes homogènes de maladies. En Tunisie comme en Algérie, le mode d'évaluation des activités hospitalières est basé sur la méthode des sections homogènes néanmoins l'activité médicale n'étant pas valorisée .Les deux systèmes doivent être améliorés avec l'implantation du programme de médicalisation du système d'information (à l'exemple du PMSI pour le système de santé Français et Belge).

Spécialités Cliniques et Chirurgicales	1-Coût par patient par/journée (Tunisie)	2-Coût moyen de séjour (Tunisie)	3-DHM Durée Moyenne D'hospitalisation	4-Coûts de Séjours Hôpitaux Tunisiens (convertis) ³⁵⁷	5-Coûts Moyens séjours (Algérie) en D.A.	6-Ecarts constatés
Psychiatrie	34	912	26.7	46868.60	102901.80	+56033.20
Pédiatrie	90	539	6.0	27699.75	9073.86	-18625.89
Gynécologie	91	339	3.7	17421.55	77950.80	+60529.25
Pneumologie	91	1271	1.271	65317.97	5881.63	-59436.34
Orthopédie	100	869	8.7	44658.78	57146.91	+12488.13
Néonatalogie	102	1273	12.5	65420.75	56237.50	-9183.25
Endocrinologie	103	992	9.6	50979.88	76800.00	-25820.12
Hématologie	107	511	4.8	26260.81	74127.41	+47866.60
Urologie	113	860	7.6	44196.26	33625.52	-10570.74
Neurologie	114	1001	8.8	51442.40	65500.16	+14057.76
Médecine Interne	119	1388	11.7	71330.71	67558.03	-3772.68
Gastro-entérologie	122	1428	11.7	73386.35	109228.50	+35842.15
Cardiologie	125	1157	9.3	59459.39	34926.06	-24533.33
Maladies Infectieuses	135	1726	12.8	88700.87	145829.25	+57128.38
Chirurgie générale	138	887	6.4	45583.82	73222.40	+27638.58
ORL	140	841	6.0	43219.84	56670.84	+13451.00
Neurochirurgie	148	1543	10.4	79296.32	52426.20	-26870.12
Dermatologie	160	2485	15.5	127706.64	131909.03	+4202.39
Ophthalmologie	170	801	4.7	41164.20	29082.10	-12082.10
Soins Intensifs	332	2966	8.9	152425.71	335981.68	+183555.97

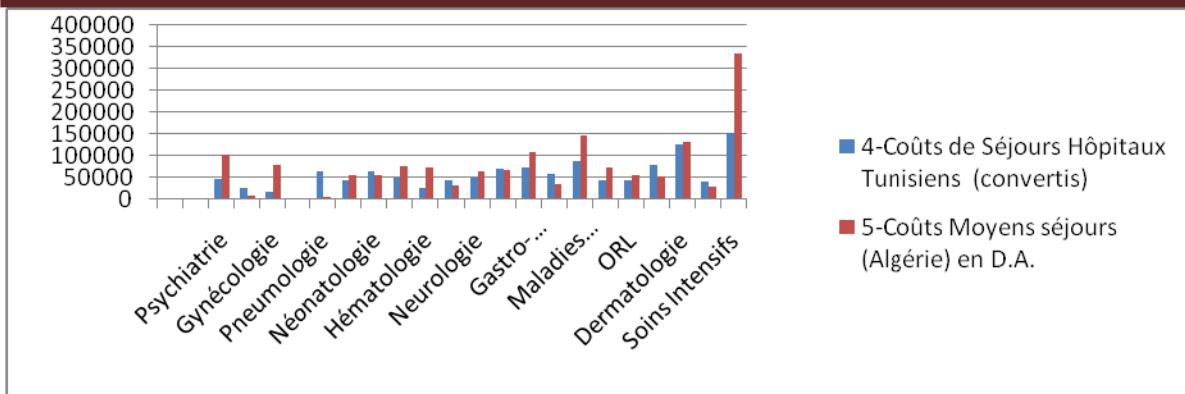
Tab. 93: Tableau comparatif des coûts de journées et séjours hospitaliers (Tunisie-Algérie).

³⁵⁷ Taux de conversion moyens. Années 2001-2010 :

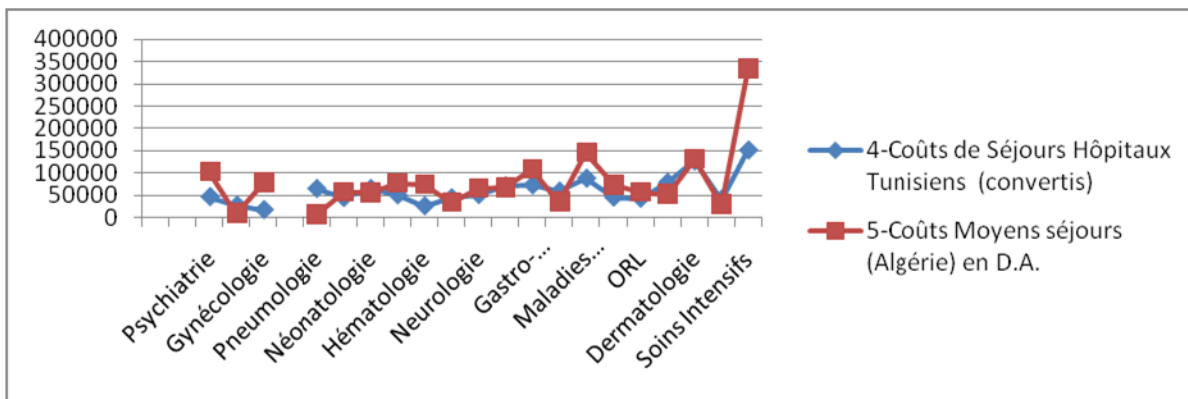
100 Tunisien(DTN)= 51.99 Euros 1 DTN = 3.41 Franc

1 D. Algérien=0.0195 DTN 1 DTN = 0.52 Euros

1 D.A. = 0.0101 Euros 1 Euro = 98.7494 D.A.



Graph 9: Comparatif coûts moyens de séjours (Tunisie-Algérie).



Graph 10 : Comparatif coûts moyens de séjours (Tunisie-Algérie).

▪ Observations :

1-Les excédents de coûts constatés pour les structures nationales peuvent être expliqués soit par la différence de ressources et de moyens mis à la disposition des services ; soit par l’effet d’intégration ou d’exclusion de certains éléments de coûts ; partant du principe que les schémas thérapeutiques sont relativement similaires s’agissant des méthodes de traitement des pathologies .L’exemple du coût moyen de séjour en soins intensif en est témoin , on fera observer une dépense double de celle constatée pour les hôpitaux Tunisiens .Le même constat est observé pour la spécialité maladies infectieuses ;l’hématologie ; la chirurgie générale ;la psychiatrie.³⁵⁸

2-S’agissant des baisses en coûts pour les hôpitaux Nationaux : On dénombre au total (09) spécialités dont le coût moyen de séjour est minoré par rapport aux coûts observés dans les établissements Tunisiens. La différence moyenne se rapproche de l’ordre de 55% pour l’ensemble des spécialités décrites.

3-A titre de comparaison ; nous nous contenterons de rapprocher les coûts moyen d’une entrée à l’hôpital observés dans les structures de santé Françaises aux coûts estimés des mêmes se rapportant à quelques spécialités cliniques et chirurgicales des hôpitaux Algériens et Tunisiens.

³⁵⁸ Dormont et Milcent ; soulèvent la question liée à l’hétérogénéité des coûts au sein des GHM (groupes homogènes de malades : les patients ne sont pas strictement identiques au sein d’un même groupe).

Reproduction des Coûts Moyens de séjours de quelques spécialités estimés pour les Hôpitaux publics de France, de Tunisie et d'Algérie ³⁵⁹(Valeur en Dinars Algériens ; avec taux de conversion moyen considéré pour l'année 2010) :

Spécialités / Pays	France	Tunisie	Algérie
1-Psychiatrie	93024.00	46868.80	102901.80
2-Pédiatrie	54978.00	27699.75	9073.86
3-Gynécologie	34578.00	17421.55	77950.80
4-Hématologie	52122.00	26260.81	74127.41
5-Neurologie	102000.00	51442.40	65500.16
6-Cardiologie	118014.00	59459.39	34926.06
7-Chirurgie/générale	90474.00	45583.82	73222.40
8-Neurochirurgie	157386.00	79296.32	52426.20
9-Ophthalmologie	81702.00	41164.20	29082.10
10-Soins Intensifs	295800.00	152425.71	335981.68

Tab. 94: Comparatif des coûts moyens de séjours hospitaliers (France-Tunisie-Algérie).

▪ Commentaire des résultats :

A considérer que Les coûts de séjours estimés pour les établissements de France comme base de référence ; étant donné que le système de santé Français ayant acquis une expérience considérable en termes de mesure du poids Médico-économique des activités hospitalières sachant que les coûts moyens de séjours sont drainés par plusieurs indicateurs de mesure de l'activité ; notamment avec l'usage du programme de médicalisation du système d'information ; on peut tirer comme éléments de remarques ce qui suit :

1-Le coût des prestations est sous évalué s'agissant des établissements de Tunisie pour l'ensemble des spécialités observées si l'on considère par ailleurs que les coûts établis par les hôpitaux Français soient pris comme indicateurs de référence du fait que le système d'évaluation des coûts de séjours propre aux hôpitaux Français étant plus développé notamment avec le système informatique intégré(Le PMSI).

2-S'agissant des coûts de prestation des établissements nationaux on observe presque le même effet sauf pour 4 spécialités cliniques (psychiatrie ; hématologie, gynécologie, et soins intensifs).

3-Concernant le système d'évaluation utilisé : le système français intègre dans le calcul des coûts plusieurs paramètres Médico-techniques et c'est ainsi que l'usage des inducteurs de complexité, de temps, et de volume sont facteurs de mesure prépondérants dans l'estimation du poids des prestations ; ce qui explique apparemment l'écart important entre les coûts moyens de séjours entre les établissements français et ceux, nationaux et tunisiens.

³⁵⁹ : Calculés selon des durées de séjours standards. La Conversion moyenne des coûts est effectuée en dinars Algériens: 1 Euro = 102 da.

VIII. Cas d'application(8) : Evaluation du Coût unitaire des Packages³⁶⁰ produits au niveau des Urgences Médico-chirurgicales. Lieu de L'étude : Hôpital Universitaire C.H.U.de Tlemcen (Algérie).

1. Problématique et Méthode utilisée dans l'évaluation :

En l'absence d'un programme informatique médicalisé (PMSI), la méthode des sections homogènes qui a l'avantage de nous renseigner sur les dépenses hospitalières des différents services ne peut en aucun cas nous produire un coût réel de l'activité clinique, l'expérimentation dans les hôpitaux de France ayant démontré l'insuffisance de cette approche, alors même que le système d'évaluation par le biais des (GHM) est pratiqué différemment selon les pays et devrait être constamment actualisé. Deux méthodes ont été associées pour valoriser les coûts, la méthode des sections homogènes et la méthode (ABC : Activity Based Costing). La première consiste en l'utilisation des centres de coûts principaux et auxiliaires pour l'extraction des unités d'œuvres, la méthode (ABC) intervient dans le processus de calcul pour valorisation des inducteurs d'activités, notamment de complexité.

2. Introduction :

La population a recourt le plus fréquemment aux services des urgences hospitalières Le nombre de passage prend un essor important au vu des transferts effectués par les hôpitaux à partir des hôpitaux de proximité vers les Centres hospitaliers Universitaires(CHU et EHS) .Plusieurs raisons obligent les praticiens à ventiler leurs patients vers les structures de spécialités et en l'occurrence vers les UMC des C.H.U (sensés être dotés suffisamment de moyens humains et matériels) pour deux raisons particulières le manque de spécialistes et /ou le manque de moyens (plateau technique).³⁶¹

Les passages de courtes durées ne correspondent pas le plus souvent aux urgences vitales ou graves puisque les 2/3 des patients admis en consultation sont libérés après un court délai .Les services des urgences sont classés selon leur niveau de technicité et de normes d'équipements. On distingue trois niveaux d'après la classification internationale :

- 1 Les services d'accueil et d'orientation.
- Les services de traitement des urgences « ordinaires ».
- Les Services de traitement des « Urgences Spécialisées »(Les Pôles de spécialités).

3. La population Des Urgences :

S'agissant des patients fréquentant les urgences ,la connaissance des comportements et leur pathologie est relativement limitée .Une étude fût élaborée en France qui consiste à classer les malades admis aux urgences selon une échelle de gravité clinique .Cette classification permet de distinguer les patients selon leur mode d'accueil et de sortie c'est-à-dire selon que le passage a donné lieu à une hospitalisation ou à une sortie .Cette échelle n'aborde les prises en charge que sous l'angle de l'activité du service et de l'orientation du patient .La (CCMU)³⁶² permet de connaître le degré de gravité et l'état du patient .L'utilisation de cette échelle aurait l'avantage de permettre de disposer des informations sur les pathologies traitées et ainsi de comparer l'activité des établissements publics et privés. La mesure de l'activité des urgences est effectuée à partir du dénombrement des passages .Le passage étant une unité de compte pour la tarification à l'activité

³⁶⁰ Le package est défini comme l'ensemble des prestations servies pour un patient lors de sa prise en charge clinique et chirurgicale. (Consommables-médicaments-solutés-accessoires de soins).

³⁶¹ Constat fait au cours des assises nationales de la Santé tenues a Alger en (1998) ; regroupant les différentes régions du pays.

³⁶² CCMU =Codification Commune Des Maladies pour Les Urgences.

T2A)³⁶³ dans les établissements publics et privés (accueil et traitement des urgences), L'activité des S.A.M.U. (Les unités mobiles de secours médical d'urgence) est évaluée en nombre de sorties c'est-à-dire le nombre d'interventions médicalisées effectuées par une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, malades ou parturientes, on distingue les sorties primaires des sorties secondaires (transfert d'un établissement vers un autre à titre d'exemple). Le « Package » est représenté par l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'une même sortie admission ou passage aux urgences (consultation-radiologie maintien en observation – soins...).

4. Les Actes techniques de médecine Conventionnels.

La prise en charge dans le domaine des urgences hospitalière est concrétisée par un processus de soins qui nécessite à cet effet la mise en œuvre des moyens techniques, matériels et humains en s'inspirant du modèle conventionnel de stratification des tâches relevant de l'activité des urgences ; la prestation des soins a été scindée en : soins légers ; soins courts et soins lourds :

4.1. Les Soins légers < 10 mn (actes à coefficient (1)) :

▪ Le Prélèvement : les tests de prélèvements concernent :

1-Hémoculture. 2-CBU. 3-Hémogluco-test.

▪ La Surveillance Du Patient : (01et/ou 02 auxiliaires de soins) :

1-Température. 2-Tension artérielle. 3-Pouls. 4-Diurèse. 5-Traitement cutané.

▪ L'Administration du Médicament per-os, distribution et aide à la prise (1 à 3 fois) :

1-Distribution par sonde gastrique. 2-(injection IM-SC-ID-IV). 3-Pansement (alcoolisés, plaies légères cathéter. 4-Aspiration bronchique (1 à 2). 5-Lavement évacuateur. 6-Vessie de place. 7-Flash adaptation sur cathéter.

▪ Les Gestes d'Hygiène :

1-lavage d'oreilles. 2-soins de bouche médicamenteux. 3-collyre-pommade. 4-vidange poche de Stomie. 5-chargement poche collecteur.

4.2. Les Soins Courts dont la durée est comprise entre (10 à 40 mn): (coefficient (4))

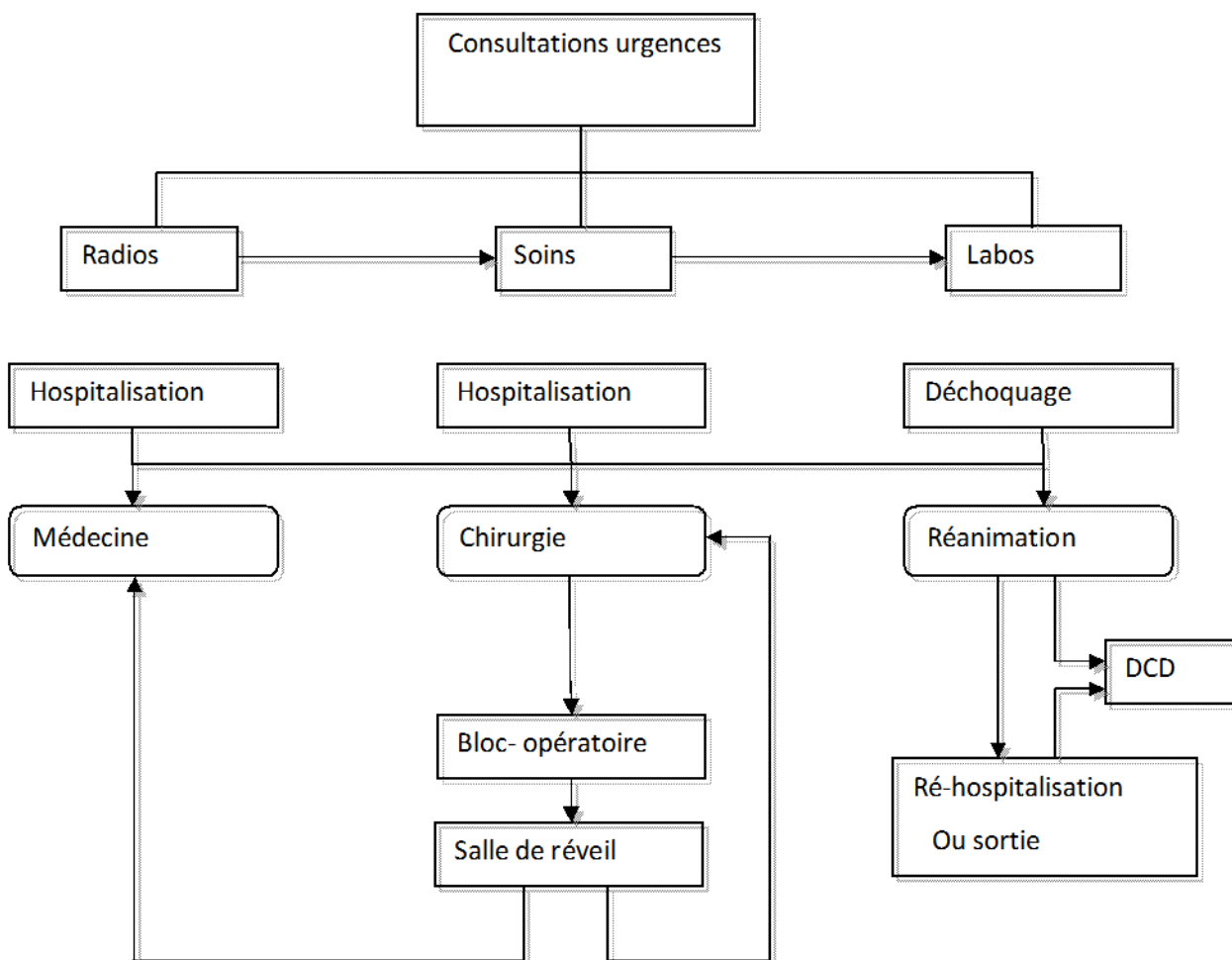
Les soins courts qui peuvent être prescrits dans la prise en charge des patients et décrits selon la nomenclature des tâches comme suit :

- Aérosols + oxygénothérapie.
- Gazométrie avec résultats.
- Surveillance de drains (changement)
- Surveillance de pousse seringue.
- Soins préopératoires.
- Perfusion 1 ou 2 solutés- héparinisation sur port à cathéter..
- Aspiration gastrique.
- Pansement avec ablation drainage.
- Sonde gastrique (pose surveillance ablation).
- Sonde rectale ou urinaire (pose surveillance ablation).
- Toile gynéco thérapeutique.
- Lavage vésical à la seringue.
- Irrigation colique.
- Radiologie pulmonaire – abdominale.

³⁶³ La tarification à l'activité (élaborée pour les hôpitaux publics de France): Système d'évaluation de coûts et d'allocation des budgets selon un tarif rapporté à l'activité .

- Ponction pleurale exploratrice.
- 4.3. Soins lourds (1h à 2h) : coefficient (10)
 - Perfusion 3 ou 4 soluté avec produit ajouté.
 - Pansement perte de substance.
 - Alimentation par sonde.
 - (préparation – test – surveillance).
 - Aide aux médecins (ponctions...)
- 4.4. Soins très lourds (supérieur à 2 h) : coefficient (20)
 - Perfusion soins Lourds > 4 solutés+seringue.
 - Surveillance pos opératoire.
 - Diurèse horaire.
 - Installation du matériel.
 - Aide à la réanimation (défibrillation – ventilation).
 - Aspiration pulmonaire répétées > 20

5. Les Tâches exercées à haute fréquence par les auxiliaires médicaux(coefficient=10) : (Tps=2h) :1-Suture. 2-Injection. 3-Lavement. 4-Prélèvement. 5-Nursing. 6-Sondage. -7-Pansement (changement). 8-Aspiration. 9-Exploration.



Graph .11 : Le circuit de prise en charge du Patient.

6. Le circuit de prise en charge du Patient.³⁶⁴

Dont la durée de prise en charge standard moyenne étant de 4(h) au minimum et de 24 heures au maximum représentant le délai conventionnel de la durée de stationnement d'un patient aux Urgences Médico-chirurgicales avant orientation vers un service de spécialité en cas d'hospitalisation.

6.1. Les Effectifs :

Corps	N/Jour	N/Nuit	Total	%
Médical	06	04	10	0.23
Paramédical	07	07	14	0.32
Agents techniques	06	06	12	0.28
Administratifs et autres	04	04	08	0.19
Total	23	21	44	100

Tab. 95: Répartition des effectifs par corps.

6.2. La Répartition horaire /Equipe :

Horaire/Equipe	Jour	Nuit
Médical	8h-20h	20h-8h
Paramédical	8h-15h	15h-8h
Agents techniques et autres	8h-20h	20h-8h
Administratifs	8h-16h30	20h-8h

Tab. 96: Répartition du volume horaire.

6.3. La Répartition des charges de Salaires / effectifs :

Corps	Global salaires/annuel
Médicaux	1418168086
Paramédicaux	17849784460
Techniques	1726465496
Administratifs et autres agents	1171530158
Total / annuel	616594822,00 da

Tab. 97: Répartition des salaires /corps.

³⁶⁴ _Echantillon d'étude : Une population de « 300 » malades admis en moyenne par journée au niveau des urgences Médico-chirurgicales. Evaluation faite à partir des données établies au niveau du bureau des admissions (bulletins d'admission /jours et nuits).La moyenne a été calculée sur la base de données de (12) Mois.-Année 2010.

6.4. L'évaluation du Coût horaire / agent / corps selon le régime de (3×8h).

Corps	Volume horaire	Coût horaire (01)	Coefficient
Médical	26400	53.718	Selon grille d'évaluation du degré de technicité
Paramédical	36960	50.049	
Technique	31680	54.497	
Administratif et autre	21120	55470	
Total estimé	116160	2137,34 da	

Tab. 98: Répartition des coûts horaires.

L'équivalent en Charge salariale pour (04) heures : en unités de soins-lourds
 $213.734 \times 4 = 8549,36$ da.

6.5. Les Dépenses de pharmacies :

Les charges annuelles de dépense de pharmacies comprennent les médicaments, les consommables et fluides médicaux. La quote part des frais relatifs à l'instrumentation et le petit outillage est calculé au prorata de la valeur des équipements et de l'outillage dont bénéficie le service des urgences et dont la charge constitue l'annuité d'amortissement.

7. La Population hospitalière :

Le taux de fréquentation de la population enregistré aux UMC selon moyenne annuelle calculée sur une durée de cinq années (Admission aux urgences) :

7.1. Répartition par nature du package :

Patients	A	B	C	D
Types de packages	30%	40%	20%	10%
Total package annuel 161180 (année 2009)	48354	64472	32236	16118

Tab. 99: Répartition des packages par nature.

Les « Packages » sont classés en quatre catégories : (A-B-C-D), dans le but de les différencier par rapport à leur poids Médico-économique dans la prise en charge des patients. On remarquera en effet que les packages A et B sont les plus fréquents (selon étude effectuée sur deux années : 2008-2009-UMC-CHU-Type B).

A= Soins Légers (<10mn).

B= Soins Courts (10 à 40 mn).

C= Soins Lourds (1 à 2h).

D= Soins Très Lourds (>2h).

7.2. Les Dépenses de personnels (salaires) (Valeur en da) :

Corps	Mensuel estimé	Annuel
Médical	11181806,74	14181680,86
Paramédical	1541487,05	18497844,60
Technique	1438721,25	17264654,96
Administratif+A	976275,13	11715301,58
	5138290,17	61659482,00
Coût de journée	17127633.90 da	

Tab. 100: Coûts salariaux (annuels/Mensuels).

7.3. Répartition de la Charge de Travail en fonction du coefficient d'intensité de prise en charge :

Type Packages / Coefficients	A	B	C	D	Total
Coefficient d'imputation des charges	0.08	0.22	0.29	0.42	1
Ratio / patients pris en charge	0.3	0.4	0.2	0.1	1
(3)= (1x2)	0.03	0.09	0.06	0.05	

Tab. 101: Répartition de la charge de travail sur les différents packs.

- Le volume des charges constatées diminue avec la diminution du volume de temps consacré à la prise en charge.
- Le coefficient d'imputation des charges est calculé sur la base d'une échelle synthétique tenant compte de la lourdeur des pathologies ou des cas traités.
- Les niveaux de package sont classés en quatre catégories (A, B, C, D).
- Les charges directes et indirectes sont estimées en fonction des coefficients alloués pour chaque type de package.
- Le critère servant à mesurer de la qualité des soins n'est pas pris en compte.

7.4. Consolidation des charges à partir du budget global.³⁶⁵

Nature de charges	Coût Global mensuel (da)
Personnels	5138290.16
Pharmacies	3299510.66
Laboratoire radiologie	1558373.58
Fournitures diverses	1084214.91
Entretien maint	18159.16
Administration+soutien	2338995.91
Charges communes	729064.16
Total	14166608,54

Tab. 102: Budget annuel des charges par nature(2010).

7.5. Répartition des Charges par Type de Package.

Les Coûts mensuel pour une moyenne de (442) packages enregistrés par jour, soit (442) passages effectués au niveau des U.M.C. Pour une structure composée de (30) lits dont (10) sont réservés pour les urgences à caractère chirurgicales ont été estimés comme suit :

Coûts Mensuels (en da.) :

³⁶⁵ (Les Coûts sont calculés par usage de la méthode des sections homogènes avec intégration de quelques inducteurs avec répartition à deux niveau : primaire +secondaire + inducteurs de temps et de volume) .

Charges Par Nature /Type de Package	A ₃₀	B ₄₀	C ₂₀	D ₁₀
Personnel	51382.90	68510.53	34255.26	17127.64
Pharmacies	989853.19	1319804.26	659902.13	329951.06
Laboratoire radiologie	467512.07	623349.43	311674.71	155837.35
Fourniture diverses	31264.47	433685.96	216842.98	108421.49
Entretien maintenance amortissement	5447.74	7263.66	3631.83	1815.92
Administration et soutien T.	701698.77	935598.36	467799.18	233899.59
Charge communes	218719.24	291625.66	145812.83	72906.42
A : Soins légers B: Soins courts C: Soins lourds D: Soins très lourds	2465878,38	3679837,86	1839918,92	902831,83

Tab. 103: Répartition des charges directes et indirectes en fonction des inducteurs de temps et de volume.

-Mode de Calcul : Prépondérance du volume horaire dans la calcul de la charge.

7.6. Répartition du volume de charge en fonction du volume horaire imparti pour prise en charge du (package):

Package	A	B	C	D
Volume horaire maximal ou temps de passage	15mn	45mn	2h 60mn	(120mn) 2h à 48h 2jours
Coût de l'unité d'heure (da-cts)	3424,83	5110,88	2555,44	1253,93
Coût du package (tps prise en charge maximal)	866,20	3833,16	5110,88	60188,78
Coût du package (tps de prise en charge minimal)	866,20	3833,16	2555,44	2507,86

Tab. 104: Répartition des charges en fonction du volume horaire.

C= Le coût horaire (unitaire) pour prise en charge =
 Volume des charges mensuelles / volume horaire de
 travail mensuel = M/ 720 heures.
 Le coût du package= Cp= (tps horaire × coût horaire)
 Le volume mensuel horaire (temps praticien) =
 (30 × 24)= 72 heures.

Mode de Calcul :

7.7. Répartition des charges en fonction de la nature et du volume de passage réalisés:

Type Package	D	C	B	A
Nombre d'unité (annuel)	161,18	322,36	644,72	483,54
Moyenne / jour –nombre	44	88	176	132
Coût / journée de packages	3009439	61330,63	122661,26	82195,94
Coût global unitaire / package	1003,14	2044,35	696,93	622,69

Tab. 105: Imputation des charges en fonction de la fréquence de passage aux UMC.

7.8. Comparatif des Deux Modes de Calcul :³⁶⁶

Coût / Package (da.)	A	B	C	D
1-Coût de Revient unitaire package : 1° Mode de calcul	866.20	3833.16	5110.88	60188.78
2-Coût de Revient unitaire d'un package : 2° Mode de calcul	622.69	696.93	2044.35	1003.14

Tab. 106: Comparatif des deux modes de calcul.

7.9. Comparatif du Coût de revient / Package en Soins lourds Type-D:³⁶⁷

Hôpital /Coût du Package	Coût Moyen du package En Euro.	Coût Moyen du Package En Dinars A.
1-Algérie	584.08	60188.78
2-France	573.09	59056.93
3-Différence constatée	10.99 - (0.01)	52868.15 (-)

Tab. 107: Comparatif du coût de revient par package (Hôpital national-Hôpital France).

7.10. Tableau Comparatif du Coût de Revient Moyen pour la prise en charge des Soins Légers de type A et B:

Hôpital /Coût du package	Coût Moyen d'un passage en Euros	Coût Moyen d'un Passage en da.
1- CHU -Algérie	37.20	3833.16
2- CHU- France	176.70	18208.94
3-Différence constatée	139.50..... + (3.75)	14375.78 (+)

Tab. 108: Comparatif des coûts de revient des packages A et B.

³⁶⁶ 1° mode de calcul = le critère du volume horaire est pris en compte dans l'appréciation des charges directes et indirectes. 2° mode de calcul = les charges sont réparties au prorata du nombre de passages (fréquence nombre de packages).

³⁶⁷ Année -2009-2010 -01 Euro =103.05 da (conversion à un taux moyen).

▪ Analyse : Cette estimation est composée d'un coût technique de (40%) ; les coûts de personnels (36%), et le coût des médicaments de(23%).Ceci étant une distribution inhabituelle des coûts étant donné que les coûts du personnel sont typiquement d'environ de (50 à 60%) des coûts totaux s'agissant du secteur de la santé .Le constat qui est établi concernant les modes de calcul ; le premier procédé est mieux valorisant étant donné que la charge de travail est quantifiée en fonction de l'inducteur « horaire » qui fait que le coût évolue en rapport avec la durée de prise en charge du patient ; on déduit une différence de (166%) est constatée pour le coût unitaire moyen du package réalisé en soins lourds en comparant les deux modes de calcul Par ailleurs; Le coût moyen du package en soins intensifs estimé pour les hôpitaux de France semblerait être équivalent au coût produit par l'unité de soins intensifs nationale, à une différence près de (1%).On peut attester que selon les standards propres à l'activité hospitalière ; les coûts de personnels sont relativement sous valorisés (36%) ;tandis que le volume de charges relatives aux coûts de fonctionnement autres que les charges de salaires sont surestimés puisqu'ils représentent (64%) du volume global .Contrairement au ratio estimé pour les structures Françaises les charges salariales représenteraient entre (55 % et 60%) du volume global. Le deuxième facteur de sous estimation de la charge des personnels pourrait s'expliquer par le nombre de personnels affectés à l'unité de soins ; car en réduisant l'effectif le coût diminue mais parallèlement on assiste progressivement à court ou à long terme à une dépréciation de la qualité des soins qui résulterait soit du non respect involontaire des schémas thérapeutiques prescrits pour les patients ; soit de l'insuffisance de moyens techniques mis à la disposition des équipes de travail ; soit particulièrement au surmenage physique et psychique que peuvent développer les professionnels au cours de l'exercice de leur fonction . Pour ce qui concerne l'activité chirurgicale du CHU de Tlemcen dans sa totalité (tous services confondus) on enregistre entre 2006 et 2010 un baisse de l'activité soit 10747 actes entrepris en 2006 contre 8021 actes en 2010. Cette baisse de l'activité s'explique par différents facteurs : orientation des patients vers le secteur privé, absences de produits pour les blocs, ouverture de blocs opératoires dans la région avec de nouvelles compétences (4 hôpitaux dans la région) ,seulement la totalité presque de opérations d'urgences est assurée par le même (CHU).Les indicateurs classiques demeurent peu informatifs de la performance de l'hôpital encore faut-il prévoir l'intégration des schémas d'évaluation clinique et médico-économiques permettent de mesurer l'ensembles des activités et de corriger les pratiques d'affectation de moyens et de ressources en tenant compte du rapport coût/utilité.

IX. Conclusion du chapitre IV

Il s'agissait à travers ces cas d'étude de présenter une expérimentation de l'application de la comptabilité hospitalière par le biais de l'utilisation de la méthode ABC associée à la méthode des sections homogènes .Néanmoins le système de calcul des coûts proposé par les autorités de tutelle souffre de l'absence d'un réseau d'information médico-économique devant renseigner l'ensemble des partenaires du système de santé sur les coûts et les dépenses engagées sur l'ensemble des activités entreprises par les établissements de santé L'analyse de l'activité médicale d'un établissement hospitalier s'effectue actuellement et ce depuis 1991³⁶⁸ ; en procédant pour les séjours de médecine ,chirurgie ,et obstétrique à l'élaboration des recueils systématiques et le traitement automatisé de l'information médico-administrative minimale et standardisée , contenue dans le

³⁶⁸ Réforme du système d'évaluation dans les établissements de santé de France ainsi que d'autres pays européens.

résumé de sortie standardisé (R.S.S.) ,les données collectées font ensuite l'objet d'un classement en un nombre limité de groupes de séjours ,appelés groupes homogènes de malades (G.H.M.) présentant une similitude médicale et un coût presque similaire .Par la suite tout séjour hospitalier fera l'objet d'un résumé standard de sortie lui-même constitué d'un ou plusieurs séjours et qui donnera lieu à un résumé d'unité médicale(R.U.M.) qui contient à la fois des informations d'ordre administratives et médicales .Toutes ces informations sont codées selon des nomenclatures et standardisées afin de pouvoir bénéficier d'un traitement automatisé .Le résumé standard de sortie donnera lieu à une classification par (G.HM) ou groupe homogène de malades .Notons que les concepteurs du programme de médicalisation se sont inspirés de la classification américaine (Diagnosis related groups)³⁶⁹.Notre étude s'est limitée à une seule région composée de 13 hôpitaux périphériques et d'un Centre hospitalier universitaire l'échelle de coûts que nous avons présenté à travers les différents tableaux de bords n'étant pas significative car on estime que l'échantillon est réduit .Pour permettre la construction d'une base régionale ou nationale des coûts ; les établissements doivent répondre à certaines conditions : 1-Bonne expérience de la comptabilité analytique hospitalière (ce qui n'est pas le cas pour les établissements de santé nationaux) 2-Recueil d'informations avec un taux d'exhaustivité appréciable (absence de la structure chargée du traitement de l'information médicale et dont la création est en cours de réalisation) 3-Identification des actes pour chaque séjour hospitalier : (les actes médicaux et techniques ne sont pas recensés , l'évaluation se limite à la durée du séjour).Nous estimons par ailleurs que les méthodes que nous avons expérimentées³⁷⁰ peuvent nous être utiles dans un premier temps ne serait-ce que pour asseoir un processus de calcul rationnel du coût de séjour hospitalier devant inclure différents paramètres : les coûts de structure (frais financiers ,les charges d'amortissement ...); le coût de gestion générale et logistique (restauration ,blanchisserie, logistique , frais d'administration);le coût médical qui est composé de trois éléments :1-dépenses directes affectées au patient : (sang, prothèses ,actes médicaux mesurés en 'I.C.R'. Indice de coût relatif (dont le calcul n'ayant pas été réalisé pour les cas que nous avons traités)³⁷¹ ; 2-dépenses de séjour dans les différentes unités (patient ayant transité par plusieurs services); 3-dépenses de personnel (personnel technique et autre); dépenses de fournitures médicales .En règle générale ; le coût du séjour hospitalier est obtenu en additionnant l'ensemble des coûts rapportables aux trois grandes catégories qui ont été décrites ci-dessus. Il est à rappeler que les hôpitaux publics nationaux jusqu'à l'heure actuelle (2011) sont financés par un forfait calculé à partir des budgets alloués pendant les trois dernières années (base historique) .A ce financement participent l'Etat et la CNAS (caisse de sécurité sociale) ainsi que les ressources propres de l'hôpital qui représentent une enveloppe dérisoire .Selon ce mode de financement il est difficile d'appréhender le coût réel des ressources consommées par l'établissement ; par rapport à cet objectif , la tutelle a entamé un projet de mise en œuvre d'un système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers basé sur l'utilisation d'un logiciel dénommé (3CHO)³⁷² ; outre la gestion comptable ce logiciel assure la prise en charge de

³⁶⁹ Robert Fetter : 1980,Pouvoirville 1990,Naiditch 1990 .

³⁷⁰ Méthode d'évaluation des coûts basée sur l'utilisation conjointe de la méthode ABC et la méthode des sections homogènes : cf. Article : Thierry Nobre et Noelle Biron , Application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie .(2009).

³⁷¹ Avec la disparition des lettres-clés accompagnant le nouveau mode de tarification avec la CCAM, la somme des ICR constitue un des outils essentiels de comptabilité analytique hospitalière. En effet, d'une part ils représentent désormais le moyen visant à mesurer le niveau d'activité de certaines structures médico-techniques (bloc opératoire, imagerie médicale...) D'autre part, ils constituent la clé de répartition permettant de calculer le coût d'un acte et d'affecter à chaque séjour hospitalier une partie des coûts totaux annuels des blocs opératoires en fonction des actes pratiqués.

³⁷² La mise en œuvre de ce logiciel a débuté en 2010 dans 300 établissements du pays.

tous les systèmes de gestion de l'établissement : gestion des achats , gestion des stocks, les immobilisations , la facturation, la suivi budgétaire, gestion de la trésorerie, la comptabilité générale , la comptabilité analytique , les états financiers ainsi que les tableaux de bord. La réforme en question du système de santé national est basée sur la mise en place d'un système d'information médico-économique devant permettre l'évaluation et la maîtrise des coûts des prestations.

Quelques observations relatives au procédé de calcul des coûts pratiqué par les établissements de santé qui ont fait l'objet de cette présente étude :

- sur le plan de la formation des personnels : il ya lieu de constater que les agents qui sont en charge de la structure « calcul des coûts » manquent de formation spécialisée dans le domaine de la comptabilité analytique spécifique aux hôpitaux ; de sorte que la nomenclature des charges n'étant pas assimilée ce qui induit par conséquent des imputations erronées ou fictives le plus souvent ; à titre d'exemple certains investissements (coûts de structure sont imputés dans leur totalité comme charges et indexés par ailleurs comme dépenses rattachées aux services acquéreurs) , ce qui par voie de conséquence alourdit le coût de journée du service concerné .
- Concernant la pratique des amortissements : Aucun établissement ne pratique l'amortissement dans le calcul du coût des prestations : les amortissements concernent les équipements, la structure ainsi que l'outillage et la petite instrumentation. Il est à rappeler que le coût des amortissements avoisine les 20% du coût des prestations dans les hôpitaux étrangers. Les coûts de journées auxquels ont abouti seraient pratiquement sous évalués.
- La collecte des données : En l'absence d'un réseau informatique centralisateur ; la collecte des données ne se pratique pas en temps réel, on est contraint de regrouper les documents comptables et financiers dans un premier temps avec un délai d'attente moyen de deux mois ; ensuite la synthèse est réalisée dès le troisième mois . Les bilans sont transmis par les différents départements vers la structure « calcul des coûts » tardivement ce qui discrédite par conséquent la fiabilité des informations.
- Sur le plan de l'organisation : L'absence de la structure « direction de l'informatique médicale la DIM » rend non crédible la structure « calcul des coûts » qui est érigée en sous direction rattachée à la « direction des finances et du contrôle de coûts ». Si par ailleurs les instances de tutelle ministérielles cautionnent le plan de modernisation des structures de santé il ya lieu cependant de créer cette structure qui semblerait être la pierre angulaire des nouveaux systèmes de santé à travers le monde .
- Sur le plan de la technique comptable : L'usage de la méthode des sections homogènes non intégrée à un système d'information médico-économique ne peut renseigner sur la réalité des unités d'œuvres ; ni même sur la formation du coût de journée . Pour calculer le prix de revient d'une hospitalisation il est cependant nécessaire d'évaluer : les différentes charges directes affectées au coût ainsi que la définition des clés de répartition permettant l'affectation des charges indirectes . S'agissant des structures visitées ; l'affectation des charges et leur répartition vers les centres de coûts est opérée de façon arbitraire , sans considération rationnelle ; d'ailleurs certains frais sont affectés à la fin des séjours hospitaliers en tenant compte uniquement du nombre de journées réalisées par service , donc un seul critère pris indépendamment d'autres facteurs de pondération (tel le nombre de patients , le volume budgétaire du service ; la capacité d'accueil en lits , la durée moyenne de séjour...).
- Respect des règles de normalisation de l'activité hospitalière : Pour la plupart des systèmes de santé ; la maîtrise de la qualité des prestations est synonyme de maîtrise des coûts ; cependant nos structures de santé accusent un retard en matière d'évaluation de la qualité des soins c'est pour cet

objectif que le projet de réforme institue la création d'agences régionales (type Agence des hôpitaux en France) afin de veiller à l'institution du « projet d'établissement » pour chaque hôpital. Si l'objectif majeur porté par la réforme se résume à l'amélioration de la qualité des soins guidée par un mode de financement basé sur l'activité réelle de l'établissement ; il est cependant nécessaire de prévoir un mode d'organisation permettant d'assurer une synchronisation entre le domaine clinique et le domaine économique dans la gestion des ressources .L'objectif visé étant de faire payer les prestataires de services un prix fixe ajusté sur des coûts moyens observés et demeure commun à tous les établissements , c'est en quelque sorte le principe défini par « la tarification à l'activité »³⁷³

³⁷³ La tarification à l'activité : introduite en 2005 dans les hôpitaux de France qui consiste à payer les établissements en fonction de leur activité mesurée par « GHM :Groupes Homogènes de Malades » .

Conclusion de la partie deux :

Il est cependant nécessaire de rappeler le rôle qui est assigné à la structure (Direction de l'informatique médicale la (DIM) sur le plan de la gestion interne de l'établissement ainsi que par rapport aux relations qu'entreprand l'établissement avec les partenaires externes .A cet effet les données du programme de médicalisation du système d'information servent à évaluer les coûts différentes prestations produites ainsi que la formulation des indicateurs correspondants aux différentes activités .D'autre part il permet d'évaluer les stratégies de l'hôpital ainsi que celles des services .L'information récoltée par la structure du traitement informatique effectue des dénombrements de l'activité dans son ensemble selon des rapports transmis de façon périodique (trimestre ,année) .Par ailleurs , il est procédé au rapprochement des résultats obtenus avec les données de base nationales .Le standards régionaux et nationaux sont obtenus grâce aux rapports d'activité qui devraient comprendre , l'évaluation en séjours de la production ; sa nature ; les caractéristiques démographiques des patients pris en charge , ainsi que les indicateurs de productivité permettant d'effectuer la comparaison entre hôpitaux. A rappeler aussi que l'objectif majeur de l'implantation du « système d'information médicalisé » permet la connaissance des coûts ; aide à la restructuration des services en fonction de leurs activités de base ; permet entre autre le redéploiement des moyens financiers , humains et matériels ; et ainsi contraindre les établissements dans le cadre du contrôle de gestion à améliorer leur productivité .Par effet de réaffectation des ressources ; les services hospitaliers qui s'avèrent non rentables seraient appelés à se reconvertir ; les ressources humaines redéployées et les moyens financiers réaffectés pour des besoins pressants. Pour mesurer l'activité globale d'un établissement, il ya lieu de produire un indicateur d'activité appelé « indicateur synthétique d'activité » qui permet de pondérer le poids médico-économique d'un établissement en fonction de son volume d'activité. Globalement cette opération de collecte et de traitement de l'information, tend à rapprocher les charges aux séjours produits par les établissements. C'est ainsi que l'évaluation du coût d'un GHM : ou groupe homogène de maladies repose sur l'imputation maximale des ressources consommées (charges de personnels médicaux , techniques et administratifs) , consommables en médicaments et autres fournitures , actes médico-techniques de laboratoires, radiologie ,et explorations , prestation de services logistiques et autres...).La démarche que nous avons entreprise pour étayer notre thèse , repose sur l'utilisation conjointe de deux procédés servant au calcul des coûts hospitaliers (méthode des sections homogènes et méthode Activity Based Costing) .Cette procédure est largement utilisée dans les systèmes de santé où la gestion des établissements est totalement informatisée et gérée par des agences ayant attribution de produire des indicateurs aux fins d'orienter et de contrôler les programmes d'activité des différents établissements , tant du secteur public que privé. La mise en pratique de la comptabilité hospitalière au sein de nos hôpitaux publics , est tributaire cependant de l'implantation d'un système d'information intégré .Notons que le système de santé Algérien étant à sa phase initiale de reconversion aura à subir une réforme radicale tant sur le plan de la gestion interne des structures que sur le plan de l'organisation structurelle .Au plan interne , il ya lieu d'agir dans le domaine de la formation des ressources humaines (ingénieurs et techniciens spécialisés dans la gestion hospitalière notamment) , sensibilisation du corps médical à l'adoption des outils de gestion et d'évaluation des activités , extension de l'architecture comptable hospitalière à l'ensemble des services hospitaliers (cliniques ,et technico-administratifs).Au plan externe , l'institution d'agences , habilitées à effectuer des missions d'audit et de contrôle sur la base des données récoltées à partir des statistiques traitées au niveau local et régional. Il est clair, que l'échantillon d'hôpitaux ayant servi à notre étude est réduit à 15 structures appartenant à une même

région ; mais est il nécessaire de rappeler que les bases de calcul qui nous ont servi à l'estimation des coûts sont établies selon les données et statistiques produites pour la plupart de façon arbitraire et /ou incohérente ; en d'autres termes ne reflétant pas l'activité réelle. Par ailleurs , l'usage des méthodes de calcul telle : l'ABC , est supposée déterminer les coûts par nature d'activité ou encore par « pathologie » , ce qui n'est pas le cas concernant notre étude , car on s'est limité à l'estimation des coûts par « journée hospitalière et par service » , c'est dire que la production hospitalière médicale (acte médico-technique) n'étant pas comprise dans le coût de revient de la journée d'hospitalisation , et c'est la raison pour laquelle que les résultats obtenus par le biais des cas que nous avons traités ne reflètent pas la réalité des faits .Par ailleurs ; l'une des limites de cette étude , étant d'avoir fait usage dans le calcul , de seulement quelques inducteurs servant à calculer le coût (Deux inducteurs seulement) ; un inducteur de volume ou de capacité (nombre de malades) et un inducteur de complexité estimé virtuellement : (temps passé pour chaque acte ou prestation produite valorisé en temps/ praticien). Aussi, faut t-il rappeler que le procédé consistant à évaluer les coûts hospitaliers sur la base du « prix de journées » est abandonné depuis longtemps par plusieurs pays. Le mode de calcul des coûts est plus complexe qu'on ne peut l'imaginer, car il ya lieu de procéder à la description de chaque activité pour arriver à déterminer les inducteurs de coûts correspondants. Par rapport à la notion classique « d'unité d'œuvre », la caractéristique de l'inducteur de coût étant la relation causale qui relie de manière pertinente la consommation d'une charge à l'activité (inducteur de premier niveau) ou la consommation des activités par les produits (inducteurs de second niveau). S'agissant du second objectif espéré par le biais de cette recherche : c'est la formulation d'une échelle de coût qui pourrait être prise comme référence dans la projection des budgets ainsi que la production d'une base de données pouvant servir à la mise en pratique d'un système de contractualisation ; à cet effet il est clair que les résultats sont limités car la base de calcul s'appuie sur un schéma comptable traditionnel ; néanmoins la méthodologie de calcul pourrait servir à titre exceptionnel aux fins de comparaison entre les différentes structures de même taille .

Conclusion Générale

Conclusion Générale.

L'hôpital public demeure cependant le seul recours pour tous les citoyens nonobstant ses dysfonctionnements. La crise que connaît le système national de santé (secteur public et privé) a fortement cristallisé le mécontentement aussi bien des usagers que les professionnels du secteur. Cette crise est centrée particulièrement sur le financement des budgets de fonctionnement et d'équipement ; le mode d'organisation à instaurer ; les moyens d'information à déployer pour l'évaluation des activités, l'amélioration et le développement de la formation des ressources humaines. La réforme du secteur de la santé exige des arbitrages politiques, sociaux et économiques permettant de déterminer les obligations de l'Etat d'une part, et d'autre part les différentes institutions ainsi que les collectivités eu égard aux ressources budgétaires, les dépenses de santé, la contribution de la sécurité sociale dans le financement de la santé, et la forme d'adhésion des usagers à la dépense de soins. Le système national de santé souffre de nombreux disfonctionnements dus à l'insuffisance de moyens nécessaires pour faire face à une demande en soins croissante mais surtout liée à une organisation incohérente de l'offre de soins. La couverture sanitaire, en termes d'infrastructures, de moyens humains et matériels est assurée de manière inégale.³⁷⁴ Les disfonctionnements et les contraintes du système de santé peuvent être résumés comme suit : un endettement permanent des hôpitaux ; un système d'allocation budgétaire inadapté aux conditions actuelles impliquant une absence de maîtrise des coûts et des dépenses ; ainsi que le déséquilibre des budgets des secteurs (EPSP: hôpitaux périphériques³⁷⁵ au profit des hôpitaux des centres). Quant au système d'information devant permettre l'amélioration de l'organisation des structures et le traitement des données, les actions entreprises jusqu'à l'heure actuelle ne semblent pas satisfaisantes ; cela étant dû en majeure partie à la non maîtrise des techniques informatiques nouvelles qui restent tributaires des programmes de formation à tous les niveaux que doivent entreprendre les institutions au profits de leurs personnels tous corps confondus. Les contraintes et les dysfonctionnements liés à l'information: Le système d'information hospitalier actuel tel qu'il se présente au sein des hôpitaux publics Algériens ne répond pas aux exigences de l'heure. L'information sanitaire est tributaire d'un changement du mode traditionnel de collecte de l'information vers un mode d'information et de communication qui doit introduire les nouvelles technologies. Parmi donc les urgences qui doivent être signalées ; l'instauration d'un système d'information qui a pour rôle de couvrir les activités administratives, cliniques, économiques financières et comptables de l'institution publique hospitalière, notamment : la gestion administrative et financière (informations comptables et budgétaires) ; la gestion des activités médicales et paramédicales (soins médicaux et paramédicaux) ; la gestion des consommables (médicaments, solutés prothèses autres ...) ; la gestion des plateaux techniques (laboratoires –blocs opératoires –radiologie) ; la gestion du circuit de prise en charge des patients ; la gestion des équipements médicaux et équipements d'exploitation ; l'évaluation Médico-économique des coûts des prestations. Une nouvelle restructuration du système de santé est indispensable dans la mesure où elle permet la mise en place d'un modèle d'organisation capable de répondre à la demande en soins et assurant des prestations de qualité accessibles à toute la population. Le problème de

³⁷⁴ Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière ; Alger-2004.

³⁷⁵ EPSP : Etablissement publics de santé de proximité ; les (EPSP) sont pour la plupart dotés de lits d'hospitalisation de jour ; ainsi que d'un service de maternité où l'on procède à des prises en charges des accouchements ne présentant pas de risques majeurs.

. Les hôpitaux centraux sont représentés par (les CHU –EPH et EHS) ; ils sont mieux dotés en moyens et assurent les prises en charges de courtes moyennes et longues durées ; tandis que les établissements de santé périphériques dont les moyens sont relativement limités assurent les soins de base, d'urgence et de médecine préventive.

Conclusion Générale.

financement mis en relief dans le cadre de la réforme met l'accent sur les modalités à mettre en œuvre pour impliquer davantage la participation des différents partenaires dans la gestion des ressources humaines, matérielles et financières. La nécessité de réviser la réglementation s'impose donc à cet effet avec l'introduction notamment sur le plan de la gestion financière d'une souplesse comptable impliquant une adaptation des statuts et des procédures régissant actuellement les établissements de santé. En réponse à la problématique du financement ; la contractualisation demeure une alternative à laquelle les hôpitaux peuvent y adhérer et qui permet par ailleurs un mode de financement contractualisé des activités et non des structures basé sur l'élaboration des cahiers de charges définissant les objectifs des parties contractantes (hôpitaux ; tutelle ; bailleurs de fonds et agents prestataires de soins). L'adoption d'une démarche contractuelle permettra aux hôpitaux de passer d'une logique tutélaire à une logique de négociation des contrats et de ce fait le rôle de l'Etat serait réduit à l'action d'arbitrage et de contrôle des fonds publics. Le taux de croissance des dépenses de santé évolue plus rapidement que l'évolution constatée pour les autres secteurs de l'économie nationale. Certes, cette croissance est atténuée par les revenus provenant des ressources provenant essentiellement des hydrocarbures. Les études portant sur la rentabilité et l'efficacité consacrées au secteur de la santé publique n'ayant pas encore vu le jour ; cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les hôpitaux ne sont pas pénalisés ; au risque de voir leurs budgets réduits en cas d'absence de performance ; d'autre part le principe dit de « gratuité » occulte toute politique de concurrence et par la même les établissements ne sont pas redevables de résultats probants ; ni sur le plan de la gestion de leurs ressources, ni sur le plan de la qualité des soins. Doit-on corriger le mode de financement du secteur de la santé ; puisque c'est sur la base du mode de financement adopté que le budget est calculé car il est certain que le concept de l'efficacité dans la gestion des ressources est lié au mode de financement adopté. Deux modes de financement peuvent être proposés : le financement basé sur l'échantillon populationnel utilisant les coûts de références par épisodes³⁷⁶ ; et le mode de financement à l'activité. Dans la pratique il existe deux modes de financement ; le mode Bismarckien et le mode Beveridgien³⁷⁷ ; Ces deux modes peuvent être utilisés simultanément, il s'agit d'une question portant sur la répartition du financement entre les contribuables. Mesurer l'efficacité d'un hôpital implique la possibilité de comparaison entre des hôpitaux de même taille et à dotation budgétaire relativement équivalente. Les méthodes permettant de procéder à des comparaisons « benchmarking » d'ensemble s'avèrent complexes et il faudrait par conséquent adjoindre dans cette démarche un ensemble de compétences ; en comptabilité, en recherche opérationnelle, en économie médicale ; en organisation et en informatique médicale. La question fondamentale qui reste posée en matière de choix du mode de financement ; il s'agit de savoir comment la dotation budgétaire sera-t-elle répartie entre les établissements et selon quels critères d'une part, et de quelle manière le mode de financement adopté va-t-il influencer sur le comportement des (les établissements). La méthode de budgétisation bureaucratique s'appuie sur le mode de fixation des budgets global, en fonction du budget historique, les pouvoirs publics fixent au préalable les dotations en se référant à l'année précédente toutefois en indexant un ratio en supplément pour les établissements ayant réalisé un taux de fréquentation supplémentaire. Cette démarche par conséquent n'incite pas les gestionnaires à être plus efficaces ; les hôpitaux les moins

³⁷⁶ Les épisodes de soins : chaque nature de prise en charge est considérée comme épisode de soins, et valorisée en valeur monétaire, en fonction d'indicateurs de mesure du poids Médico-économique, selon une nomenclature spécifique. Ce principe de calcul est synonyme de la tarification à l'activité portant comme acronyme la « T2A ».

³⁷⁷ Le mode bismarckien est basé sur les recettes provenant des cotisations à des caisses de sécurité sociale. Le mode Béveridgien, est basé sur un financement provenant de la fiscalité (les impôts).

Conclusion Générale.

performants continuent d'être moins performants. Cette tendance contraint les hôpitaux à devoir dépenser les restants de chapitres en fin d'exercice afin que leur budget ne soit pas amputé l'année suivante. Il fût constaté que Les hôpitaux périphériques (les EPH et les EPS) ; par manque de moyens (Spécialistes et/ou équipements) accentuent les transferts de patients vers les hôpitaux centraux et que souvent ; en termes de coûts, leur charge est comptabilisée sur le compte des hôpitaux d'origine alors même que leur prise en charge est effectuée par les hôpitaux d'accueil auxquels ils furent transférés ; ce qui fait que la statistique recensée par les hôpitaux périphérique s'agissant du volume de journées réalisées demeure cependant contestée³⁷⁸. Le budget global qui repose sur une base populationnelle ; vise à réduire les écarts entre les établissements dans la mesure où l'on considère comme indicateur de mesure, l'éventail de la population à prendre en charge. Pour un hôpital donné, on multiplie le coût budgétaire d'un individu par le nombre de résidents recensé au niveau de la région pour obtenir le budget global de l'établissement d'accueil. Mais cette pratique est encore aléatoire, car dans le système de santé national les patients auront à choisir le territoire de prise en charge nonobstant leur lieu de résidence. En d'autres termes, le ministère de tutelle devra entreprendre une certaine démarche, si le choix de la budgétisation en fonction de la population en est toujours requis ; on est cependant amené à calculer la dépense moyenne par nature de spécialité clinique ; et par type de personne, ces données ne semblent pas être disponibles malgré les efforts accomplis jusqu'ici par les laboratoires régionaux de la santé implantés à travers le territoire national. Aussi il ya lieu de définir les caractéristiques de l'embles des structures de santé afin de promouvoir ; à titre d'exemple, les budgets des hôpitaux ayant une échelle de production assez faible par manque de moyens matériels ou structurels et réduire les budgets des établissements qui en profitent des économies d'échelles³⁷⁹. La méthode de calcul des budgets reposant sur les épisodes de soins ; exige que les pouvoirs publics puissent déterminer le coût de tous les éléments devant induire l'ensemble des épisodes de soins concernant les patients traités en intra-hospitalier. Pour ce faire, il faudrait procéder à la collecte des informations médicales, économiques financières et comptables, induisant l'usage de logiciels de traitement à l'image du (PMSI). En se basant sur les coûts des épisodes de soins antérieurs ; l'Etat peut être amené à fixer les budgets propre à chaque hôpital en annexant un taux de majoration selon que le niveau de fluctuation des coûts qui varient cependant d'exercice en exercice. L'avantage pour cette pratique consiste à rémunérer les établissements en fonction des services rendus. Mais dans ce cas, quelle méthodologie devrait-on entreprendre comment pour calculer le coût d'un épisode de soins, et comment par ailleurs devrait-on se prémunir des risques de manipulations comptables si l'on est amené à utiliser un plan comptable analytique hospitalier intégré à l'ensemble du système d'information. Par ailleurs ; cette pratique encourage les gestionnaires dans le sens où ils auraient tendance à comptabiliser leurs patients dans des catégories plus rémunératrices quel serait dans ce cas la démarche au quelle il faut opter pour parfaire cette option. La réponse à cette

³⁷⁸ A titre d'exemple un patient subissant un transfert est comptabilisé au sein de l'établissement d'origine comme ayant passé une journée même s'il n'a enduré qu'une heure dans le service avant qu'il ne soit procédé à son transfert vers un autre établissement pour prise en charge spécialisée.

³⁷⁹ En terme d'analyse comptable; les « charges fixes totales » sont représentées par une constante. Par ailleurs les « charges fixes unitaires » diminuent et tendent vers zéro quant l'activité augmente ; elles représentent les économies d'échelle. En général toute croissance structurelle de l'entreprise entraîne un accroissement de ses charges fixes. En effet un montant de charges fixes est associé à un niveau maximal d'activité. Tout dépassement de ce niveau d'activité provoque un changement des coûts de structure; au-delà de ce seuil d'activité les charges fixes unitaires sont décroissantes.

problématique pourrait être trouvée dans la fixation des standards, mais reste à définir comment ces standards devraient être valorisés. Au niveau international ; le coût de référence est calculé selon une moyenne ; ou à la limite un minimum requis. Si l'on établit nos calculs sur la moyenne, ou plus exactement la médiane ; l'on considère que la moitié des établissements auront satisfaits, et leur degré de performance aurait convergé, vers une performance meilleure mais dans un délai plus ou moins éloigné que prévu. Par contre un budget calculé selon la norme du « minimum » pourrait s'accommoder à un déficit chronique ; car le principe du « minimum » n'étant pas significatif de meilleure performance. L'appréciation des budgets en procédant à la combinaison des deux méthodes semblerait être plus équitable, encore faut-il que les établissements soient dotés d'un système d'information performant pour la production et le traitement de l'information (clinique, démographique et comptable). Ces deux méthodes, peuvent être considérées comme un moyen de contrôle préalable, dans la mesure où les hôpitaux sont financés en fonction des comparatifs socio-démographiques et comptables. Dans ces conditions, les établissements sont contraints de se maintenir autour de « standards de coûts observés ». Pour ce qui concerne les hôpitaux publics algériens ; En fait leur passage d'une budgétisation sur « base historique » à une budgétisation sur « base de coût et de population » pourrait faciliter au passage du mode de gestion traditionnel que nous pouvons qualifier de « sans comptes » au mode de gestion « contractualisé » à travers lequel l'ensemble des partenaires économiques et sociaux agissant au sein du système de santé seraient tenus par : apprécier le coût des prestations afin d'évaluer le financement des hôpitaux et ; fixer les taux de remboursements qui seraient validés auprès des caisses de sécurité sociale. Par ailleurs, L'utilisation des méthodes statistiques dans l'évaluation des budgets étant de plus en plus requise par plusieurs systèmes de santé, notamment européens, américains, canadiens entre autres. Les techniques statistiques de régression par exemple, aident à relier les coûts des services de santé aux déterminants de coûts ; ce qui permet de calculer le coût de référence pour chacun des hôpitaux et pour chaque centre d'activité. La recherche opérationnelle, est aussi une discipline puissante permettant de décrire l'efficacité des hôpitaux, seulement pour que ses résultats soient explicatifs, cette méthode exige un nombre très important d'hôpitaux et plusieurs années d'activité. Cela permet une meilleure description du coût et une comparaison de meilleure qualité des coûts par épisode.³⁸⁰ La description des coûts par épisode de soins suppose, la définition de l'activité hospitalière, sous forme de groupes homogènes de malades³⁸¹ plutôt que par service hospitalier. Les prix de chaque GHM étant défini à l'avance (le principe du paiement prospectif). Les prix peuvent être soit fixés par les autorités de tutelle ; à une échelle centrale, soit par le biais d'une agence locale régionale. Ces deux principes de base (description des GHM et fixation de prix) peuvent varier d'un système à un autre ; et par conséquent le marché des soins est soumis à des répercussions. S'agissant du travail de recherche élaboré à travers les différents cas exposés ; il ya lieu de constater que les outils d'évaluation et de gestion des coûts des prestations hospitalières utilisés au sein des établissements de santé publics Algériens ; ne sont pas d'actualité et ne répondent pas aux méthodes de gestion moderne. Autrement dit le calcul des coûts basé uniquement sur les données

³⁸⁰ Daniel Billodeau et Pierre Yves Crémieux.

« L'efficacité des hôpitaux Québécois à l'aide des méthodes économétriques : Université de Montréal-Université d'Alberta ». in Pub. P. Oulette 2007.

³⁸¹ Les groupes de GHM sont très diversifiés, chaque pays possède sa propre nomenclature. (Communément appelés GHM en France et DRG aux Etats Unis).

Conclusion Générale.

de la comptabilité administrative ajustée à la méthode des sections homogènes ne peut résoudre les préoccupations des managers. Il est clair que la comptabilité des coûts dont se servent les structures publiques nationales à l'heure actuelle relève de l'opération de transition entre la politique de la « médecine gratuite » et les diverses étapes menant à la « contractualisation » qui restent à venir. Néanmoins afin de mieux quantifier et valoriser la production hospitalière l'implantation d'un système d'information intégré est plus que indispensable. Un système de management des coûts intégré suppose, la connexion de toutes les structures(en intra et en extra) avec un réseau central piloté par une agence d'informatique médicale ayant pour attribution de traiter l'information en temps réel. Sur le plan de la gestion comptable , il ya lieu d'adopter le plan comptable hospitalier et de procéder à sa vulgarisation ; de soumettre le personnel à une formation continue dont le programme comporterait un enseignement en informatique médical et en comptabilité des coûts .Par ailleurs , Le procédé de calcul des coûts qui semblerait , le plus performant actuellement et proposé par différents groupes de recherche en économie de santé de part le monde ; serait le mode de calcul utilisant « la méthode des sections homogènes associée à la méthode ABC » qui sera proposée au fait pour nos hôpitaux car les résultats auxquels notre étude ayant abouti démontre plus ou moins sa fiabilité et que les coûts sont mieux appréciés étant donné que cette nouvelle technique introduite récemment au sein des hôpitaux notamment (aux Etats unis initialement et dans certains pays d'Europe) aurait permis de mieux valoriser les coûts de revient définis par : type de pathologie (GHM : groupe homogène de malades) ainsi que par séjours (GHS : groupes homogènes de séjours). Cette approche de valorisation demeure en perpétuel aménagement et sur la base de laquelle repose la politique des pouvoirs publics en matière de gestion et de maîtrise des coûts ; et de ce fait le recours dans nos hôpitaux à un système d'évaluation est plus qu'obligatoire afin de permettre entre autre, de contrôler l'adéquation des actions entreprises par rapport aux objectifs projetés. La réduction des coûts en matière de planification de santé et leur maîtrise ne recèle cependant aucune contradiction avec le principe de bonne prise en charge des patients .Réduire un coût peut être identifié à une prise en charge qualitative et quantitative. Privilégier l'aspect Médico-économique serait à fortiori rentable sur le plan économique et certainement bénéfique pour les patients quant à l'amélioration des prestations dont ils peuvent bénéficier ; dès lors, qu'il est nécessaire de recourir aux techniques d'évaluation fondées sur le calcul des coûts.

Concernant l'intervention de l'Etat dans le système des soins, l'on peut citer plusieurs origines dont : la nature même du soin ; la défaillance du marché ainsi que les actions habituelles des pouvoirs publics dans la régulation du marché. A cet effet , l'Etat est donc le garant du système assurantiel , ce qui rend donc complexe la gestion du système dans son ensemble. Afin de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, les pouvoirs publics devraient mettre en place « une architecture contractuelle» dans l'ensemble du système de soins : système assurantiel ; offre de soins et organismes de tutelle. La question de la coordination entre les différents partenaires économiques et sociaux relevant du système est aussi d'importance majeure car cela permet de dépasser les problèmes liés à l'asymétrie d'information et à la baisse des coûts .Il est à prévoir en même temps , en prévision de la contractualisation ; des agences régionales ou pôles régionaux ayant pour attributions, le suivi des contrats , le rationnement des équipements et la régulation de l'offre de soins .Parallèlement à la mise en place des instruments contractuels , les pouvoirs publics devraient introduire de nouveaux mécanismes de régulation , tel la tarification à la pathologie ; c'est dans cette perspective qu'il est nécessaire d'instaurer le système de « P.M.S.I ». L'allocation des

Conclusion Générale.

ressources sera en fait établie en fonction des coûts de productivité.³⁸² Les objectifs attendus de ce type de financement peuvent être résumés comme suit : une meilleure responsabilisation des différents acteurs ; une équité de traitement entre les établissements ; un meilleur développement des outils de pilotage Médico-économiques (s'agissant du contrôle de gestion dans les structures de santé publiques et privées). Il est certain que la tarification à la pathologie pourrait à long terme pénaliser les hôpitaux au sens les établissements non lucratif ou à faible rendement seraient contraints ou incités à effectuer la sélection des patients³⁸³. Une autre approche de financement fût préconisée en France consistant à associer la tarification à la pathologie à une allocation budgétaire forfaitaire. L'allocation des ressources basée sur les coûts par « pathologie » va introduire une concurrence loyale entre les agents d'offre de soins, néanmoins il est certain que cette procédure pourra compromettre les petites structures publiques qui accusent un déficit en moyens dont il s'agira de protéger.

³⁸² Aux Etats unis, ce mode de tarification fût abandonné au profit d'un système de prix fixe par pathologie associé à un processus de concurrence par comparaison. D'autres pays européens ont adopté le même mécanisme pour financer les dépenses hospitalières.

³⁸³ Dormont B, Milcent C. : « the sources of hospital costs variability » Health economics, 13,927-939-2004.

ANNEXES

Taux d'occupation moyenne par spécialité médicale :((CHU de Tlemcen) année 2009 :

Spécialité	Taux d'occupation moyenne
Chirurgie	53%
Urologie	153.31%
Traumatologie	50.68%
Neurochirurgie	105.58%
Ophthalmologie	63.58%
O.R.L.	118.20%
Médecine interne	87.87%
Neurologie	189.44%
Gastrologie	52.99%
Maladies infectieuses	30.46%
Pneumo-phtisiologie	74.56%
Cardiologie	120.85%
Hémato-clinique	132.85%
Réanimation	71.84%
Dermatologie	45.61%
Rééducation fonctionnelle	296.82%
Psychiatrie	128.99%
Néphrologie	146.12%
Urgences Médico-chirurgicales	512.90%

BUDGET 2002	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	
Etablissement Sanitaire	Dépenses de personnel	Dépenses de formation	Alimentation	Médicament et autres produits à usage médicale	Dépense d'action spécifique de prévention	Matériel et outillage médicaux	Entretien des infrastructures sanitaires	Autres dépenses de fonctionnement	Œuvres sociales	Total
S.S Tlemcen										
Budget déplafonné	216,000,000	3,000,000	800,000	10,500,000	13,000,000	4,300,000	3,800,000	5,500,000	3,500,000	260,400,000
S.S Remchi										
Budget déplafonné	131,000,000	250,000	800,000	8,000,000	5,300,000	1,700,000	2,500,000	4,000,000	2,100,000	155,650,000
S.S Ghazaouet										
Budget déplafonné	162,000,000	390,000	3,500,000	21,000,000	6,230,000	5,500,000	5,400,000	8,500,000	2,800,000	215,320,000
S.S Maghnia										
Budget déplafonné	189,000,000	500,000	3,500,000	48,880,300	10,030,000	5,000,000	5,050,000	9,500,000	3,000,000	274,460,300
S.S Sebdou										
Budget déplafonné	161,000,000	250,000	3,000,000	11,000,000	4,730,000	3,800,000	4,000,000	7,000,000	2,600,000	197,380,000
S.S O/Mimoun										
Budget déplafonné	91,000,000	150,000	850,000	7,000,000	5,130,000	2,000,000	2,500,000	4,000,000	1,600,000	114,230,000
Total Général										
Budget déplafonné	950,000,000	4,540,000	12,450,000	106,380,300	44,420,000	22,300,000	23,250,000	38,500,000	15.600 000	1,217,440,300

BUDGET 2003	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	
Etablissement Sanitaire	Dépenses de personnel	Dépenses de formation	Alimentation	Médicament et autres produits à usage médicale	Dépense d'action spécifique de prévention	Matériel et outillage médicaux	Entretien des infrastructures saniatires	Autres dépenses de fonctionnement	Œuvres sociales	Total
S.S Tlemcen										
Budget déplaonné	241,517,000	370,000	500,000	11,000,000	18,000,000	4,300,000	4,300,000	6,500,000	3,700,000	290,187,000
S.S Remchi										
Budget déplaonné	155,013,000	370,000	800,000	9,000,000	6,000,000	2,200,000	3,000,000	5,000,000	2,300,000	183,683,000
S.S Ghazaouet										
Budget déplaonné	181,694,000	320,000	3,500,000	25,000,000	6,230,000	6,000,000	6,400,000	9,500,000	3,000,000	241,644,000
S.S Maghnia										
Budget déplaonné	211,122,000	370,000	4,000,000	56,878,224	10,030,000	5,000,000	4,550,000	13,500,000	3,300,000	308,750,224
S.S Sebdou										
Budget déplaonné	165,653,000	320,000	3,000,000	13,000,000	5,930,000	5,300,000	8,000,000	11,500,000	2,700,000	215,403,000
S.S O/Mimoun										
Budget déplaonné	97,365,000	320,000	350,000	8,500,000	5,630,000	2,500,000	2,500,000	5,000,000	1,700,000	123,865,000
CHU Tlemcen										

BUDGET 2004	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	
Etablissement Sanitaire	Dépenses de personnel	Dépenses de formation	Alimentation	Médicament et autres produits à usage médicale	Dépense d'action spécifique de prévention	Matériel et outillage médicaux	Entretien des infrastructures sanitaires	Autres dépenses de fonctionnement	Œuvres sociales	Total
S.S Tlemcen										
Budget déplafonné	243,000,000	422,000	550,000	11,000,000	16,000,000	5,000,000	5,300,000	7,500,000	4,300,000	293,072,000
S.S Remchi										
Budget déplafonné	154,000,000	390,000	880,000	9,000,000	6,500,000	3,300,000	4,000,000	6,000,000	2,800,000	186,870,000
S.S Ghazaouet										
Budget déplafonné	194,000,000	454,000	6,000,000	34,000,000	7,500,000	7,000,000	7,400,000	11,000,000	3,500,000	270,854,000
S.S Maghnia										
Budget déplafonné	220,100,000	454,000	4,500,000	65,000,000	10,000,000	8,700,000	5,300,000	13,000,000	3,800,000	330,854,000
S.S Sebdou										
Budget déplafonné	164,000,000	390,000	3,500,000	17,000,000	8,000,000	6,300,000	8,000,000	10,000,000	3,300,000	220,490,000
S.S O/Mimoun										
Budget déplafonné	105,000,000	290,000	350,000	6,000,000	6,800,000	1,700,000	2,000,000	4,500,000	2,100,000	128,740,000
Total Général										
Budget déplafonné	1,080,100,000	2,400,000	15,780,000	142,000,000	54,800,000	32,000,000	32,000,000	52,000,000	19,800,000	1,430,880,000

BUDGET 2005	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X	
Etablissement Sanitaire	Dépenses de personnel	Dépenses de formation	Alimentation	Médicament et autres produits à usage médicale	Dépense d'action spécifique de prévention	Matériel et outillage médicaux	Entretien des infrastructures sanitaires	Autres dépenses de fonctionnement	Œuvres sociales	Recherche médicale	Total
S.S Tlemcen											
Budget déplafonné	251,100,000	422,000	500,000	10,500,000	15,000,000	39,500,000	4,000,000	8,500,000	5,000,000	0	334,522,000
S.S Remchi											
Budget déplafonné	161,800,000	396,000	700,000	9,000,000	7,000,000	19,000,000	4,000,000	6,000,000	3,500,000	0	211,396,000
S.S Ghazaouet											
Budget déplafonné	200,000,000	454,000	3,300,000	31,000,000	7,000,000	10,500,000	47,500,000	12,000,000	4,400,000	0	316,154,000
S.S Maghnia											
Budget déplafonné	244,300,000	454,000	5,000,000	68,500,000	11,000,000	11,000,000	11,000,000	14,000,000	4,600,000	0	369,854,000
S.S Sebdou											
Budget déplafonné	183,000,000	396,000	3,200,000	18,000,000	7,500,000	8,000,000	32,500,000	10,000,000	3,900,000	0	266,496,000
S.S O/Mimoun											
Budget déplafonné	106,500,000	296,000	350,000	8,000,000	5,000,000	20,000,000	5,000,000	4,500,000	2,600,000	0	152,246,000
CHU Tlemcen											
Budget déplafonné	451,200,000	82,038,000	17,000,000	480,000,000	69,000,000	50,000,000	45,000,000	90,000,000	9,000,000	6,300,000	1,299,538,000
Total Général											
Budget déplafonné	1,698,800,000	84,456,000	30,050,000	625,000,000	121,500,000	158,000,000	149,000,000	145,000,000	33,000,000	6,300,000	2,950,206,000

BUDGET 2006	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	
Etablissement Sanitaire	Dépenses de personnel	Dépenses de formation	Alimentation	Médicament et autres produits à usage médicale	Dépense d'action spécifique de prévention	Matériel et outillage médicaux	Entretien des infrastructures saniatires	Autres dépenses de fonctionnement	Œuvres sociales	Total
S.S Tlemcen										
Budget déplafonné	328,000,000	472,000	1,200,000	13,000,000	16,000,000	5,000,000	9,000,000	11,000,000	7,500,000	391,172,000
S.S Remchi										
Budget déplafonné	165,000,000	396,000	2,000,000	11,000,000	7,000,000	5,000,000	7,000,000	8,000,000	5,000,000	210,396,000
S.S Ghazaouet										
Budget déplafonné	224,000,000	454,000	8,400,000	36,000,000	11,000,000	8,000,000	13,000,000	13,000,000	6,000,000	319,854,000
S.S Maghnia										
Budget déplafonné	248,000,000	454,000	12,500,000	58,000,000	10,000,000	20,000,000	10,000,000	16,000,000	6,500,000	381,454,000
S.S Sebdou										
Budget déplafonné	198,000,000	454,000	8,400,000	22,000,000	5,000,000	12,000,000	9,000,000	13,000,000	5,500,000	273,354,000
S.S O/Mimoun										
Budget déplafonné	111,000,000	396,000	1,000,000	9,000,000	6,000,000	4,000,000	5,000,000	9,000,000	4,000,000	149,396,000
Total Général										
Budget déplafonné	1,274,000,000	2,626,000	33,500,000	149,000,000	55,000,000	54,000,000	53,000,000	70,000,000	34,500,000	1,725,626,000

BUDGET 2007	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	
Etablissement Sanitaire	Dépenses de personnel	Dépenses de formation	Alimentation	Médicament et autres produits à usage médicale	Dépense d'action spécifique de prévention	Matériel et outillage médicaux	Entretien des infrastructures saniatires	Autres dépenses de fonctionnement	Œuvres sociales	Total
S.S Tlemcen										
Budget déplafonné	352,750,000	1,330,000	1,000,000	19,000,000	19,000,000	15,000,000	6,000,000	15,000,000	7,500,000	436,580,000
S.S Remchi										
Budget déplafonné	210,875,000	990,000	5,000,000	15,000,000	12,000,000	20,000,000	6,000,000	11,000,000	5,000,000	285,865,000
S.S Ghazaouet										
Budget déplafonné	313,750,000	1,080,000	14,000,000	40,000,000	15,000,000	28,000,000	22,000,000	36,000,000	6,000,000	475,830,000
S.S Maghnia										
Budget déplafonné	288,125,000	1,080,000	21,500,000	87,000,000	22,000,000	34,000,000	28,000,000	33,000,000	6,500,000	521,205,000
S.S Sebdou										
Budget déplafonné	299,250,000	990,000	10,000,000	38,000,000	10,000,000	30,000,000	15,000,000	20,000,000	5,500,000	428,740,000
S.S O/Mimoun										
Budget déplafonné	159,500,000	990,000	5,000,000	10,000,000	9,000,000	17,000,000	4,000,000	12,000,000	4,000,000	221,490,000
Total Général										
Budget déplafonné	1,624,250,000	6,460,000	56,500,000	209,000,000	87,000,000	144,000,000	81,000,000	127,000,000	34,500,000	2,369,710,000

BUDGET 2008	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	XI	X	Total
Etablissement Sanitaire	Dépenses de personnel	Dépenses de formation	Alimentation	Médicament et autres produits à usage médicale	Dépense d'action spécifique de prévention	Matériel et outillage médicaux	Entretien des infrastructures saniatires	Autres dépenses de fonctionnement	Œuvres sociales	Recherche médicale	
EPH Maghnia											
Budget déplafonné	240,620,000	1,500,000	23,000,000	80,000,000	8,500,000	30,000,000	40,000,000	30,000,000	4,030,000	0	457,650,000
EPH Ghazaouet											
Budget déplafonné	190,200,000	900,000	13,000,000	55,000,000	16,000,000	25,000,000	17,000,000	35,000,000	2,820,000	0	354,920,000
EPH Nedroma											
Budget déplafonné	75,590,000	1,000,000	6,000,000	43,000,000	6,000,000	25,000,000	10,000,000	18,000,000	1,330,000	0	185,920,000
EPH Sebdou											
Budget déplafonné	186,010,000	900,000	15,000,000	58,000,000	7,000,000	21,000,000	13,000,000	22,000,000	3,410,000	0	326,320,000
EPSP Tlemcen											
Budget déplafonné	456,990,000	700,000	2,500,000	22,000,000	20,000,000	6,000,000	6,000,000	15,500,000	7,500,000	0	537,190,000
EPSP Remchi											
Budget déplafonné	274,920,000	700,000	2,000,000	22,000,000	12,300,000	10,000,000	6,000,000	12,000,000	5,000,000	0	344,920,000
EPSP Ghazaouet											
Budget déplafonné	155,070,000	600,000	1,000,000	13,000,000	12,000,000	3,000,000	3,000,000	10,500,000	2,100,000	0	200,270,000
EPSP Maghnia											
Budget déplafonné	89,180,000	600,000	1,000,000	7,000,000	9,500,000	3,250,000	2,000,000	6,000,000	1,500,000	0	120,030,000
EPSP Bab El											

Assa											
Budget déplafonné	56,350,000	600,000	1,500,000	10,000,000	8,500,000	2,850,000	3,000,000	5,000,000	970,000	0	88,770,000
EPSP Seb dou											
Budget déplafonné	163,500,000	600,000	1,000,000	5,000,000	10,000,000	6,000,000	5,000,000	10,500,000	2,090,000	0	203,690,000
EPSP O/Mimoun											
Budget déplafonné	220,640,000	600,000	2,000,000	24,000,000	8,000,000	6,000,000	6,000,000	14,000,000	4,000,000	0	285,240,000
EHS (Mère-enfant) Tlemcen											
Budget déplafonné	140,930,000	44,204,000	20,000,000	136,000,000	2,000,000	25,000,000	15,000,000	30,000,000	2,000,000	0	415,134,000
CHU Tlemcen											
Budget déplafonné	755,000,000	199,496,000	67,000,000	530,000,000	6,000,000	70,000,000	55,000,000	80,000,000	10,000,000	2,800,000	1,775,296,000
Total Général											
Budget déplafonné	3,005,000,000	252,400,000	155,000,000	1,005,000,000	125,800,000	233,100,000	181,000,000	288,500,000	46,750,000	2,800,000	5,295,350,000

Activité du plateau technique (Laboratoires +Radiologie) pour les établissements de la région (EPSP-EPH-CHU-EHS) relevant de la wilaya de Tlemcen : Année 2011

Désignation des Etablissements	Nombre de « B »	Nombre de « R »
C.H.U	7214690	1359480
E.H.S.	374130	1201200
EPHGhazaouet	2686175	134371
EPH-Maghnia	2617665	100785
EPH-Nédroma	1613580	122483
EPH-Sebdou	751180	152765
EPSP-Tlemcen	994950	361816
EPSP-Remchi	1879635	246254
EPSPGhazaouet	1835718	344119
EPSP-Maghnia	1239960	32797
EPSP-Babelasa	225471	11996
EPSP-Sebdou	237534	17527
EPSP-Ouled/Mimoun	1017887	130654

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

TABLEAU C1-1 Evaluation en da

2010

DESIGNATION DES CHARGES NATURE	SECTIONS AUXILLIAIRES							
	Med- Nucléaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Administration	Serv -Econom	Serv-Social
PERSONNEL	34 006 325	51 754 109	11 967 121	37 533 733	13 842 710	70 725 203	75 673 443	552 038
ALIMENTATION	174 988	0	983 712	0	0	871 313	9 070 704	0
PHARMACIE	26 778 090	17 793 642	7 807 722	5 004 038	1 809 385	0	303 499	9 409
FOURNIT-DIVERSES	1 335 416	2 370 352	1 840 946	8 118 385	314 670	9 949 305	6 243 731	343 241
ENTRET & MAINTEN	67 915	87 330	9 250	62 550	4 560	200 301	283 185	135 135
Sous Total	62 362 733	72 005 433	22 608 751	50 718 705	15 971 324	81 746 122	91 574 562	1 039 823
%	3,27%	3,78%	1,19%	2,66%	0,84%	4,29%	4,81%	0,05%
CHARGES COMMUNES	- 4 299 358	4 964 137	1 558 673	3 496 606	1 101 081	5 635 671	6 313 255	71 687
TOTAL	66 662 091	76 969 570	24 167 424	54 215 311	17 072 406	87 381 793	97 887 817	1 111 509

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

TABLEAU C1-2 Evaluation en da

2010

DESIGNATION DES CHARGES NATURE	DES PAR	SECTIONS PRINCIPALES							
		Chirurgie -A	Chirurgie -B	Urologie	O-T-R	Neuro-Chir	OPH	ORL	Stomato
PERSONNEL		39 404 717	30 664 101	10 497 488	29 417 744	21 916 862	20 494 076	27 789 505	27 782 174
ALIMENTATION		3 831 085	1 568 616	670 188	3 416 528	3 858 724	1 860 035	1 428 897	0
PHARMACIE		24 711 036	13 887 511	5 579 429	16 414 752	15 078 778	5 708 391	44 143 241	6 052 944
FOURNIT-DIVERSES		6 742 293	1 765 644	5 230 030	9 111 443	7 912 807	17 571 752	4 980 030	7 240 305
ENTRET & MAINTEN		86 055	153 220	8 310	80 912	107 810	58 644	58 822	42 080
Sous Total		74 775 185	48 039 091	21 985 445	58 441 378	48 874 981	45 692 899	78 400 495	41 117 504
%		3,93%	2,52%	1,15%	3,07%	2,57%	2,40%	4,12%	2,16%
CHARGES COMMUNES	-	5 155 087	3 311 870	1 515 702	4 029 016	3 369 497	3 150 121	5 405 020	2 834 688
TOTAL		79 930 272	51 350 961	23 501 147	62 470 394	52 244 478	48 843 020	83 805 515	43 952 191

**REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES DIRECTES ET
INDIRECTES**

Tableau C1-3

Evaluation en da

2010

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS PRINCIPALES						
	UMC	Med-Interne	Neurologie	Gastro	Infectieux	Pneumo-phtisio	Cardio
PERSONNEL	61 659 482	23 522 956	18 792 923	23 169 098	15 607 615	16 354 386	32 755 127
ALIMENTATION	12 462 516	3 038 144	3 790 408	1 650 335	1 004 444	2 793 876	4 674 816
PHARMACIE	39 594 128	13 510 340	44 742 900	26 436 495	8 623 317	6 244 421	12 401 770
FOURNIT-DIVERSES	13 010 579	1 030 393	1 212 663	744 243	998 986	663 720	4 055 815
ENTRET & MAINTEN	175 310	12 210	13 590	112 542	10 715	37 625	51 513
Sous Total	126 902 015	41 114 044	68 552 484	52 112 713	26 245 078	26 094 029	53 939 042
%	6,66%	2,16%	3,60%	2,74%	1,38%	1,37%	2,83%
CHAR-COMMUNES	8 748 770	2 834 449	4 726 087	3 592 710	1 809 366	1 798 952	3 718 619
TOTAL	135 650 785	43 948 493	73 278 570	55 705 423	28 054 443	27 892 981	57 657 661

**REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES DIRECTES ET
INDIRECTES**

**Evaluation en da
2010**

TABLEAU C1-4

DESIGNATION DES CHARGES NATURE	SECTIONN PRINCIPALES						
	Hemato-Clini	Oncologie	Réanimation	Dermato	Med-Trav	Med-Legale	Reed-Fonc
PERSONNEL	23 893 481	14 579 019	45 842 035	16 445 793	16 777 510	13 386 336	23 203 880
ALIMENTATION	1 928 959	1 357 567	0	572 842	0	332 836	1 666 416
PHARMACIE	108 272 206	166 992 183	17 590 951	2 240 349	1 819 384	791 744	10 583 135
FOURNIT-DIVERSES	4 249 552	472 346	2 481 409	4 848 748	2 089 095	993 293	375 192
ENTRET & MAINTEN	108 170	9 220	13 840	5 870	24 910	18 530	27 890
Sous Total	138 452 367	183 410 335	65 928 235	24 113 603	20 710 900	15 522 739	35 856 514
%	7,27%	9,63%	3,46%	1,27%	1,09%	0,82%	1,88%
CHARGES COMMUNES	9 545 065	12 644 519	4 545 168	1 662 419	1 427 833	1 070 155	2 471 989
TOTAL	147 997 432	196 054 853	70 473 403	25 776 022	22 138 733	16 592 894	38 328 503

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

TABLEAU C1-5 2010

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS PRINCIPALES						%
	Psychiatrie	Nephro	Hemod	Poly-Cliniq	S-A-M-U	Total-gle	
PERSONNEL	33 890 890	23 311 703	19 104 534	13 356 514	16 956 184	956 630 815	46,99%
ALIMENTATION	3 659 353	1 690 119	2 941 496	0	1 664 237	72 963 155	3,58%
PHARMACIE	8 050 913	55 339 529	20 403 350	1 308 908	495 752	736 523 642	36,18%
FOURNIT-DIVERSES	1 244 086	622 266	4 604 371	180 735	1 229 108	136 176 952	6,69%
ENTRET & MAINTEN	143 096	33 225	63 864	3 480	17 250	2 328 929	0,11%
Sous Total	46 988 339	80 996 843	47 117 616	14 849 637	20 362 531	1 904 623 492	
%	2,47%	4,25%	2,47%	0,78%	1,07%	100,00%	
CHARGES-COMMUNES	3 239 430	5 584 015	3 248 342	1 023 751	1 403 816	131 306 926,30	6,45%
TOTAL	50 227 769	86 580 858	50 365 958	15 873 388	21 766 348	2 035 930 419	100,00%

**REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET
INDIRECTES**

Evaluation en da

TABLEAU C2-1

2010

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS AUXILLIAIRES							
	Med-Nucleaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Adminis	Serv -Econ	Serv-Soc
total repa-prim A	66 662 091	76 969 570	24 167 424	54 215 311	17 072 406	87 381 793	97 887 817	1 111 509
Médecine nucléaire	66 662 091							
Laboratoire		76 969 570						
C-T-S			24 167 424					
Radiologie				54 215 311				
%								
SEMEP (prévention)					17 072 406			
Adminis						87 381 793		
Serv-Econo							97 887 817	
Serv-Socia								1 111 509
Tot.Rép.Secon B								
Tot. Gén. A+B	66 662 091	76 969 570	24 167 424	54 215 311	17 072 406	87 381 793	97 887 817	1 111 509
Unité d'œuvre	R spécialisé	Nbr de B	Poche Sang	Nbr de R				
Nombre U.O.	1 503 440	10 058 502	15 067	1 214 137				
Coût de l'unité d'œuvre .	44,34	7,65	1 604,00	44,65				

**REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET
INDIRECTES**

TABLEAU C2-2

Evaluation en da **2010**

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS PRINCIPALES							
	Chirurgie -A	Chirurgie -B	Urologie	O-T-R	Neuro-Chir	OPH	ORL	Stomato
total repa-prim A	79 930 272	51 350 961	23 501 147	62 470 394	52 244 478	48 843 020	83 805 515	43 952 191
Médecine nucléaire	3 308 565	2 125 577	972 786	2 585 845	2 162 563	2 021 766	3 468 973	1 819 319
Laboratoire	3 820 144	2 454 240	1 123 201	2 985 676	2 496 944	2 334 377	4 005 355	2 100 627
C-T-S	1 199 475	770 599	352 670	937 463	784 007	732 963	1 257 628	659 569
Radiologie	2 690 808	1 728 701	791 153	2 103 031	1 758 781	1 644 273	2 821 265	1 479 626
%	4,9632%	3,1886%	1,4593%	3,8790%	3,2441%	3,0329%	5,2038%	2,7292%
SEMEP (prévention)	847 336	544 368	249 134	662 244	553 840	517 782	888 417	465 934
Adminis	4 336 922	2 786 243	1 275 144	3 389 570	2 834 724	2 650 165	4 547 188	2 384 794
Serv-Econo	4 858 356	3 121 236	1 428 457	3 797 102	3 175 546	2 968 797	5 093 902	2 671 521
Serv-Socia	55 166	35 441	16 220	43 116	36 058	33 710	57 841	30 335
Tot.Rép.Secon B	21 116 770	13 566 405	6 208 766	16 504 047	13 802 463	12 903 832	22 140 570	11 611 725
Tot. Gén. A+B	101 047 043	64 917 367	29 709 913	78 974 441	66 046 942	61 746 852	105 946 085	55 563 916
Unité d'œuvre	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	Nbr de D
	8832	8913	6715	12023	13102	9979	11217	189 611
Coût de l'unité d'œuvre	11 441,01	7 283,45	4 424,41	6 568,61	5 040,98	6 187,68	9 445,14	293,04

**REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET
INDIRECTES**

Evaluation en da

TABLEAU C2-3

2010

DESIGNATION DES CHARGES NATURE	SECTIONS PRINCIPALES						
	UMC	Med-Interne	Neurologie	Gastrologie	Infectieux	Pneumo-phtisio	Cardiologie
total repa-prim A	135 650 785	43 948 493	73 278 570	55 705 423	28 054 443	27 892 981	57 657 661
Médecine nucléaire	5 615 011	1 819 166	3 033 230	2 305 822	1 161 261	1 154 578	2 386 631
Laboratoire	6 483 220	2 100 450	3 502 236	2 662 355	1 340 819	1 333 102	2 755 659
C-T-S	2 035 645	659 514	1 099 656	835 944	420 999	418 576	865 240
Radiologie	4 566 607	1 479 501	2 466 882	1 875 292	944 437	939 001	1 941 013
%	8,4231%	2,7289%	4,5502%	3,4590%	1,7420%	1,7320%	3,5802%
Médecine préventive	1 438 025	465 895	776 821	590 529	297 403	295 692	611 225
Adminis	7 360 251	2 384 593	3 976 009	3 022 510	1 522 201	1 513 440	3 128 437
Serv-Econo	8 245 184	2 671 296	4 454 049	3 385 911	1 705 217	1 695 403	3 504 572
Serv-Socia	93 623	30 332	50 575	38 447	19 363	19 251	39 794
Tot.Rép.Secon B	35 837 567	11 610 748	19 359 458	14 716 810	7 411 701	7 369 044	15 232 571
Tot. Gén. A+B	171 488 352	55 559 241	92 638 028	70 422 233	35 466 144	35 262 025	72 890 232
Unité d'œuvre	Package	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH
Nombre U.O.	161180	9622	12446	5609	3113	7620	19409
Coût de l'unité d'œuvre	1 063,96	5 774,19	7 443,20	12 555,22	11 392,91	4 627,56	3 755,49

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

TABLEAU C2-4

2010

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS PRINCIPALES						
	Hemato-Clini	Oncologie	Réanimation	Dermato	Med-Trav	Med-Legale	Reed-Fonc
total repa-prim A	147 997 432	196 054 853	70 473 403	25 776 022	22 138 733	16 592 894	38 328 503
Médecine nucléaire	6 126 078	8 115 325	2 917 115	1 066 950	916 392	686 832	1 586 537
Laboratoire	7 073 309	9 370 139	3 368 168	1 231 925	1 058 087	793 032	1 831 852
C-T-S	2 220 925	2 942 099	1 057 560	386 808	332 225	249 001	575 177
Radiologie	4 982 250	6 600 076	2 372 447	867 735	745 288	558 590	1 290 307
%	9,1897%	12,1738%	4,3760%	1,6005%	1,3747%	1,0303%	2,3800%
SEMEP	1 568 911	2 078 364	747 084	273 250	234 691	175 900	406 318
Adminis	8 030 166	10 637 705	3 823 804	1 398 577	1 201 222	900 311	2 079 659
Serv-Econo	8 995 643	11 916 690	4 283 544	1 566 729	1 345 646	1 008 556	2 329 699
Serv-Socia	102 145	135 313	48 639	17 790	15 280	11 452	26 454
Tot.Rép.Secon B	39 099 426	51 795 712	18 618 361	6 809 765	5 848 830	4 383 675	10 126 003
Tot. Gén. A+B	187 096 859	247 850 565	89 091 764	32 585 787	27 987 562	20 976 569	48 454 506
Unité d'œuvre	NJH	Nbr de Cure	NJH	NJH	Nbr de Cons	Nbr de Cons	NJH
Nombre U.O.	12123	4897	2360	3829	10521	4844	10834
Coût de l'unité d'œuvre	15 433,21	50 612,74	37 750,75	8 510,26	2 660,16	4 330,42	4 472,45

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

TABLEAU C2-5

2010

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS PRINCIPALES					
	Psychiatrie	Nephro	Hemod	Poly-Cliniq	S-A-M-U	Total -gle
total repa-prim A	50 227 769	86 580 858	50 365 958	15 873 388	21 766 348	1 610 462 497
Médecine nucléaire	2 079 085	3 583 853	2 084 805	657 049	900 977	66 662 091
Laboratoire	2 400 559	4 137 999	2 407 163	758 644	1 040 289	76 969 570
C-T-S	753 744	1 299 277	755 817	238 204	326 637	24 167 424
Radiologie	1 690 889	2 914 696	1 695 542	534 369	732 752	54 215 311
%	3,1188%	5,3761%	3,1274%	0,9856%	1,3516%	100,00%
SEMEP	532 461	917 838	533 926	168 273	230 744	17 072 406
Adminis	2 725 299	4 697 775	2 732 797	861 271	1 181 016	87 381 793
Serv-Econo	3 052 966	5 262 595	3 061 365	964 823	1 323 011	97 887 817
Serv-Socia	34 666	59 756	34 762	10 955	15 023	1 111 509
Tot.Rép.Secon B	13 269 669	22 873 788	13 306 177	4 193 589	5 750 449	425 467 922
Tot. Gén. A+B	63 497 438	109 454 646	63 672 136	20 066 977	27 516 797	2 035 930 419
Unité d'œuvre	NJH	NJH	Nbr de Séances	Nbr de Cons	Package	
Nombre U.O.	16479	12267	11186	62325	2608	
Coût de l'unité d'œuvre	3 853,23	8 922,69	5 692,13	321,97	10 550,92	

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRCETES ET INDIRECTES

Evaluation en da

2010

TABLEAU C3-1

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS AUXILLIAIRES							
	Med-Nucleaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Adminis	Serv -Econ	Serv-Soc
PERSONNEL	34 006 325	51 754 109	11 967 121	37 533 733	13 842 710	70 725 203	75 673 443	552 038
ALIMENTATION	174 988	0	983 712	0	0	871 313	9 070 704	0
PHARMACIE	26 778 090	17 793 642	7 807 722	5 004 038	1 809 385	0	303 499	9 409
FOURNIT-DIVERSES	1 335 416	2 370 352	1 840 946	8 118 385	314 670	9 949 305	6 243 731	343 241
ENTRET & MAINTEN	67 915	87 330	9 250	62 550	4 560	200 301	283 185	135 135
CHARGES COMMUNES	4 299 358	4 964 137	1 558 673	3 496 606	1 101 081	5 635 671	6 313 255	71 687
TOTAL	66 662 091	76 969 570	24 167 424	54 215 311	17 072 406	87 381 793	97 887 817	1 111 509
Médecine nucléaire	66 662 091							
Laboratoire		76 969 570						
C-T-S			24 167 424					
Radiologie				54 215 311				
%								
SEMEP					17 072 406			
Adminis						87 381 793		
Serv-Econo							97 887 817	
Serv-Socia								1 111 509
Tot.Rép.Secon B								
Tot. Gén. A+B	66 662 091	76 969 570	24 167 424	54 215 311	17 072 406	87 381 793	97 887 817	1 111 509
Unité d'œuvre	R spécialisé	Nbr de B	Poche Sang	Nbr de R				
Nombre U.O.	1 503 440	10 058 502	15 067	1 214 137				
Coût de l'Unité d'Oeuvre.	44,34	7,65	1 604,00	44,65				

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

2010

TABLEAU C3-2

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS PRINCIPALES							
	Chirurgie -A	Chirurgie -B	Urologie	O-T-R	Neurochirurgie	OPHTALMOLOGIE	ORL	Stomatologie
PERSONNEL	39 404 717	30 664 101	10 497 488	29 417 744	21 916 862	20 494 076	27 789 505	27 782 174
ALIMENTATION	3 831 085	1 568 616	670 188	3 416 528	3 858 724	1 860 035	1 428 897	0
PHARMACIE	24 711 036	13 887 511	5 579 429	16 414 752	15 078 778	5 708 391	44 143 241	6 052 944
FOURNIT-DIVERSES	6 742 293	1 765 644	5 230 030	9 111 443	7 912 807	17 571 752	4 980 030	7 240 305
ENTRET & MAINTEN	86 055	153 220	8 310	80 912	107 810	58 644	58 822	42 080
CHARGES COMMUNES	5 155 087	3 311 870	1 515 702	4 029 016	3 369 497	3 150 121	5 405 020	2 834 688
TOTAL	79 930 272	51 350 961	23 501 147	62 470 394	52 244 478	48 843 020	83 805 515	43 952 191
Médecine nucléaire	3 308 565	2 125 577	972 786	2 585 845	2 162 563	2 021 766	3 468 973	1 819 319
Laboratoire	3 820 144	2 454 240	1 123 201	2 985 676	2 496 944	2 334 377	4 005 355	2 100 627
C-T-S	1 199 475	770 599	352 670	937 463	784 007	732 963	1 257 628	659 569
Radiologie	2 690 808	1 728 701	791 153	2 103 031	1 758 781	1 644 273	2 821 265	1 479 626
%	4,9632%	3,1886%	1,4593%	3,8790%	3,2441%	3,0329%	5,2038%	2,7292%
SEMEP	847 336	544 368	249 134	662 244	553 840	517 782	888 417	465 934
Adminis	4 336 922	2 786 243	1 275 144	3 389 570	2 834 724	2 650 165	4 547 188	2 384 794
Serv-Econo	4 858 356	3 121 236	1 428 457	3 797 102	3 175 546	2 968 797	5 093 902	2 671 521
Serv-Socia	55 166	35 441	16 220	43 116	36 058	33 710	57 841	30 335
Tot.Rép.Secon B	21 116 770	13 566 405	6 208 766	16 504 047	13 802 463	12 903 832	22 140 570	11 611 725
Tot. Gén. A+B	101 047 043	64 917 367	29 709 913	78 974 441	66 046 942	61 746 852	105 946 085	55 563 916
Unité d'œuvre	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	Nbr de D
	8832	8913	6715	12023	13102	9979	11217	189 611
Coût de L'unité d'œuvre	11 441,01	7 283,45	4 424,41	6 568,61	5 040,98	6 187,68	9 445,14	293,04

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da **2010**

TABLEAU C3-4

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS PRINCIPALES						
	Urgences MC	Med-Interne	Neurologie	Hépto-Castro	Infectieux	Pneumo-phtisio	Cardiologie
PERSONNEL	61 659 482	23 522 956	18 792 923	23 169 098	15 607 615	16 354 386	32 755 127
ALIMENTATION	12 462 516	3 038 144	3 790 408	1 650 335	1 004 444	2 793 876	4 674 816
PHARMACIES	39 594 128	13 510 340	44 742 900	26 436 495	8 623 317	6 244 421	12 401 770
FOURNIT-DIVERSES	13 010 579	1 030 393	1 212 663	744 243	998 986	663 720	4 055 815
ENTRET & MAINTEN	175 310	12 210	13 590	112 542	10 715	37 625	51 513
CHAR-COMMUNES	8 748 770	2 834 449	4 726 087	3 592 710	1 809 366	1 798 952	3 718 619
TOTAL	135 650 785	43 948 493	73 278 570	55 705 423	28 054 443	27 892 981	57 657 661
Médecine nucléaire	5 615 011	1 819 166	3 033 230	2 305 822	1 161 261	1 154 578	2 386 631
Laboratoire	6 483 220	2 100 450	3 502 236	2 662 355	1 340 819	1 333 102	2 755 659
C-T-S	2 035 645	659 514	1 099 656	835 944	420 999	418 576	865 240
Radiologie	4 566 607	1 479 501	2 466 882	1 875 292	944 437	939 001	1 941 013
%	8,4231%	2,7289%	4,5502%	3,4590%	1,7420%	1,7320%	3,5802%
SEMEP	1 438 025	465 895	776 821	590 529	297 403	295 692	611 225
Adminis	7 360 251	2 384 593	3 976 009	3 022 510	1 522 201	1 513 440	3 128 437
Serv-Econo	8 245 184	2 671 296	4 454 049	3 385 911	1 705 217	1 695 403	3 504 572
Serv-Socia	93 623	30 332	50 575	38 447	19 363	19 251	39 794
Tot.Rép.Secon B	35 837 567	11 610 748	19 359 458	14 716 810	7 411 701	7 369 044	15 232 571
Tot. Gén. A+B	171 488 352	55 559 241	92 638 028	70 422 233	35 466 144	35 262 025	72 890 232
Unité d'œuvre	Package	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH
	161180	9622	12446	5609	3113	7620	19409
Coût de l'unité D'œuvre	1 063,96	5 774,19	7 443,20	12 555,22	11 392,91	4 627,56	3 755,49

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES ET INDIRECTES

Evaluation en da

TABLEAU C3-5

2010

DESIGNATION DES CHARGES NATURE	SECTIONS PRINCIPALES						
	Hemato-Clini	Oncologie	Réanimation	Dermato	Med-Travail	Med-Legale	Reed-Fonctionelle
PERSONNEL	23 893 481	14 579 019	45 842 035	16 445 793	16 777 510	13 386 336	23 203 880
ALIMENTATION	1 928 959	1 357 567	0	572 842	0	332 836	1 666 416
PHARMACIE	108 272 206	166 992 183	17 590 951	2 240 349	1 819 384	791 744	10 583 135
FOURNIT-DIVERSES	4 249 552	472 346	2 481 409	4 848 748	2 089 095	993 293	375 192
ENTRET & MAINTEN	108 170	9 220	13 840	5 870	24 910	18 530	27 890
CHAR- COMMUNES	9 545 065	12 644 519	4 545 168	1 662 419	1 427 833	1 070 155	2 471 989
TOTAL	147 997 432	196 054 853	70 473 403	25 776 022	22 138 733	16 592 894	38 328 503
Médecine nucléaire	6 126 078	8 115 325	2 917 115	1 066 950	916 392	686 832	1 586 537
Laboratoire	7 073 309	9 370 139	3 368 168	1 231 925	1 058 087	793 032	1 831 852
C-T-S	2 220 925	2 942 099	1 057 560	386 808	332 225	249 001	575 177
Radiologie	4 982 250	6 600 076	2 372 447	867 735	745 288	558 590	1 290 307
%	9,1897%	12,1738%	4,3760%	1,6005%	1,3747%	1,0303%	2,3800%
SEMEP	1 568 911	2 078 364	747 084	273 250	234 691	175 900	406 318
Administration	8 030 166	10 637 705	3 823 804	1 398 577	1 201 222	900 311	2 079 659
Serv-Economiques	8 995 643	11 916 690	4 283 544	1 566 729	1 345 646	1 008 556	2 329 699
Serv-Socia	102 145	135 313	48 639	17 790	15 280	11 452	26 454
Tot.Rép.Secon B	39 099 426	51 795 712	18 618 361	6 809 765	5 848 830	4 383 675	10 126 003
Tot. Gén. A+B	187 096 859	247 850 565	89 091 764	32 585 787	27 987 562	20 976 569	48 454 506
Unité d'œuvre	NJH	Nbr de Cure	NJH	NJH	Nbr de Cons	Nbr de Cons	NJH
	12123	4897	2360	3829	10521	4844	10834
Coût de l'unité d'œuvre	15 433,21	50 612,74	37 750,75	8 510,26	2 660,16	4 330,42	4 472,45

**REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES DIRECTES
ET INDIRECTES**

TABLEAU C3-6

Evaluation en da

2010

DESIGNATION DES CHARGES PAR NATURE	SECTIONS PRINCIPALES						
	Psychiatrie	Nephrologie	Hemodialyse	Poly-Clinique	S-A-M-U	Total	%
PERSONNEL	33 890 890	23 311 703	19 104 534	13 356 514	16 956 184	956 630 815	46,99%
ALIMENTATION	3 659 353	1 690 119	2 941 496	0	1 664 237	72 963 155	3,58%
PHARMACIE	8 050 913	55 339 529	20 403 350	1 308 908	495 752	736 523 642	36,18%
FOURNIT-DIVERSES	1 244 086	622 266	4 604 371	180 735	1 229 108	136 176 952	6,69%
ENTRET & MAINTEN	143 096	33 225	63 864	3 480	17 250	2 328 929	0,11%
CHAR- COMMUNES	3 239 430	5 584 015	3 248 342	1 023 751	1 403 816	131 306 926,30	6,45%
TOTAL	50 227 769	86 580 858	50 365 958	15 873 388	21 766 348	2 035 930 419	100%
Médecine nucléaire	2 079 085	3 583 853	2 084 805	657 049	900 977	66 662 091	
Laboratoires	2 400 559	4 137 999	2 407 163	758 644	1 040 289	76 969 570	
C-T-S	753 744	1 299 277	755 817	238 204	326 637	24 167 424	
Radiologie	1 690 889	2 914 696	1 695 542	534 369	732 752	54 215 311	
%	3,1188%	5,3761%	3,1274%	0,9856%	1,3516%	100,00%	
SEMEP	532 461	917 838	533 926	168 273	230 744	17 072 406	
Administration	2 725 299	4 697 775	2 732 797	861 271	1 181 016	87 381 793	
Serv-Economiques	3 052 966	5 262 595	3 061 365	964 823	1 323 011	97 887 817	
Serv-Social	34 666	59 756	34 762	10 955	15 023	1 111 509	
Tot.Rép.Secon B	13 269 669	22 873 788	13 306 177	4 193 589	5 750 449	425 467 922	
Tot. Gén. A+B	63 497 438	109 454 646	63 672 136	20 066 977	27 516 797	2 035 930 419	
Unité d'œuvre	NJH	NJH	Nbr de Séances	Nbr de Consultation	de	Package	
Nombre U.O.	16479	12267	11186	62325	2608		
Coût de l'unité d'œuvre	3 853,23	8 922,69	5 692,13	321,97	10 550,92		

Projection des coûts moyens des unités d'œuvres pour l'année (2011)

(Cas expérimental -CHU- de Tlemcen)

Tableaux de répartition primaire et secondaire des charges directes et indirectes

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

EFFECTIF - MASSE SALARIALE -

TABLEAU A1

DESIGNATION	SECTIONS AUXILLIAIRES															
	Med- Nuclé		Laboratoire		CTS		Radiologie		SEMEP		Administratif		Serv-écon		Serv- Sociaux	
	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant
professeurs	1	335 035	2	670 071	0	0	0	0	1	335 035	0	0	0	0	0	0
Maitre conférence "A"	0	0	0	0	1	244 525	0	0	1	244 525	0	0	0	0	0	0
Maitre conférence "B"	1	230 425	1	230 425	0	0	1	230 425	0	0	0	0	0	0	0	0
Maitre assistant	2	394 665	9	1 775 990	0	0	5	986 661	2	394 665	0	0	1	197 332	0	0
spécialistes	7	6 499 316	9	8 356 264	0	0	10	9 284 738	0	0	0	0	2	1 856 948	0	0
généralistes	1	819 064	1	819 064	5	4 095 319	0	0	0	0	3	2 457 191	0	0	0	0
pharmaciens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4 061 524	0	0
chir-dentistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
résidents	13	3 320 759	32	8 174 176	0	0	7	1 788 101	11	2 809 873	0	0	49	12 516 707	0	0
ST MEDICAL	25	11 599 264	54	20 025 990	6	4 339 844	23	12 289 925	15	3 784 098	3	2 457 191	57	18 632 511	0	0
psy-et orthoph	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
biologiste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P-E-P-M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
anesthésistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sage femme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
inf-principal	4	1 206 836	3	905 127	2	603 418	6	1 810 254	1	301 709	4	1 206 836	2	603 418	0	0
inf-dipl-d'état	24	7 013 304	32	9 351 072	12	3 506 652	19	5 552 199	3	876 663	27	7 889 967	15	4 383 315	0	0
infirmier breveté	2	568 190	1	284 095	0	0	1	284 095	0	0	0	0	2	568 190	0	0
aide paramédical	2	533 842	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ST PARAMEDICA	32	9 322 172	36	10 540 294	14	4 110 070	26	7 646 548	4	1 178 372	31	9 096 803	19	5 554 923	0	0
administratif	2	204 406	4	408 812	0	0	1	102 203	2	204 406	103	10 526 903	19	1 941 856	0	0
technique	5	498 190	3	298 914	3	298 914	0	0	0	0	15	1 494 569	0	0	0	0
economique	6	583 374	5	486 145	2	194 458	6	583 374	1	97 229	247	24 015 563	37	3 597 473	2	194 458
S/T AUTRES	13	1 285 969	12	1 193 870	5	493 372	7	685 577	3	301 635	365	36 037 035	56	5 539 329	2	194 458
TOTAL	70	22 207 406	102	31 760 154	25	8 943 286	56	20 622 050	22	5 264 105	399	47 591 029	132	29 726 763	2	194 458

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

EFFECTIF - MASSE SALARIALE -

TABLEAU A1

SECTIONS PRINCIPALES													
Chir-A		Chir-B		Urologie		OTR		Neuro chirurgie		OPH		ORL	
Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant
3	1 005 106	1	335 035	0	0	0	0	0	0	1	335 035	1	335 035
1	244 525	0	0	0	0	1	244 525	1	244 525	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	230 425
3	591 997	5	986 661	2	394 665	2	394 665	3	591 997	0	0	2	394 665
2	1 856 948	4	3 713 895	1	928 474	2	1 856 948	2	1 856 948	2	1 856 948	5	4 642 369
0	0	0	0	1	819 064	0	0	1	819 064	1	819 064	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	6 641 518	18	4 597 974	0	0	12	3 065 316	10	2 554 430	14	3 576 202	14	3 576 202
35	10 340 093	28	9 633 566	4	2 142 202	17	5 561 453	17	6 066 963	18	6 587 249	23	9 178 696
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	569 608
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	603 418	1	301 709	0	0	0	0	2	603 418	0	0	1	301 709
26	7 597 746	17	4 967 757	11	3 214 431	30	8 766 630	11	3 214 431	15	4 383 315	14	4 091 094
0	0	2	568 190	0	0	0	0	2	568 190	1	284 095	0	0
10	2 669 210	3	800 763	1	266 921	5	1 334 605	7	1 868 447	4	1 067 684	4	1 067 684
38	10 870 374	23	6 638 419	12	3 481 352	35	10 101 235	22	6 254 486	20	5 735 094	21	6 030 095
1	102 203	0	0	1	102 203	1	102 203	0	0	1	102 203	1	102 203
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1 166 748	9	875 061	6	583 374	13	1 263 977	10	972 290	11	1 069 519	8	777 832
13	1 268 951	9	875 061	7	685 577	14	1 366 180	10	972 290	12	1 171 722	9	880 035
86	22 479 418	60	17 147 046	23	6 309 131	66	17 028 868	49	13 293 739	50	13 494 065	53	16 088 826

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

EFFECTIF - MASSE SALARIALE -

TABLEAU XI

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES												TOTAL GENERAL	
	Reed- Fonc		Psychi		Néphro-Hémod				Poly-Clin		S-A-M-U		Effic	Montant
	Effic	Montant	Effic	Montant	Effic	Montant	Effic	Montant	Effic	Montant				
professeurs	0	0	0	0	0	0	1	335 035	0	0	0	0	14	4 690 494
Maitre conférence "A"	1	244 525	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2 200 727
Maitre conférence "B"	0	0	0	0	0	0	1	230 425	0	0	0	0	14	3 225 954
Maitre assistant	2	394 665	3	591 997	0	0	2	394 665	0	0	0	0	75	14 799 919
spécialistes	4	3 713 895	2	1 856 948	3	2 785 421	0	0	0	0	0	0	102	94 704 326
généralistes	0	0	5	4 095 319	0	0	0	0	2	1 638 128	20	16 381 276	63	51 601 018
pharmaciens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4 061 524
chir-dentistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	8 267 318
résidents	11	2 809 873	9	2 298 987	23	5 875 189	0	0	0	0	0	0	401	102 432 643
S/T MEDICAL	18	7 162 958	19	8 843 250	26	8 660 610	4	960 125	2	1 638 128	20	16 381 276	693	285 983 921
psy-et orthoph	0	0	17	4 841 668	0	0	0	0	0	0	0	0	19	5 411 276
biologiste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P-E-P-M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
anesthésistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	12 169 222
sage femme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
inf-principal	4	1 206 836	1	301 709	1	301 709	1	301 709	0	0	0	0	39	11 766 651
inf-dipl-détat	20	5 844 420	24	7 013 304	9	2 629 989	21	6 136 641	6	1 753 326	8	2 337 768	591	172 702 611
infirmier breveté	0	0	3	852 285	0	0	3	852 285	1	284 095	1	284 095	37	10 511 515
aide paramédical	0	0	0	0	1	266 921	2	533 842	0	0	0	0	78	20 819 838
S/T PARAMEDICAL	24	7 051 256	45	13 008 966	11	3 198 619	27	7 824 477	7	2 037 421	9	2 621 863	805	233 381 113
administratif	0	0	2	204 406	0	0	1	102 203	0	0	0	0	149	15 228 238
thechnique	0	0	0	0	0	0	5	498 190	0	0	0	0	32	3 188 413
economique	4	388 916	19	1 847 351	6	583 374	10	972 290	10	972 290	8	777 832	546	53 087 034
S/T AUTRES	4	388 916	21	2 051 757	6	583 374	16	1 572 683	10	972 290	8	777 832	727	71 503 685
TOTAL	46	14 603 130	85	23 903 973	43	12 442 603	47	10 357 285	19	4 647 839	37	19 780 971	2 225	590 868 720

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).
EFFECTIF - MASSE SALARIALE -

TABLEAU AI

SECTIONS PRINCIPALES													
Cardio		Hema-cliniq		Oncologie		Reanima		Dermato		Med-Trav		Médec-Légale	
Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant
0	0	0	0	0	0	0	0	1	335 035	1	335 035	1	335 035
1	244 525	1	244 525	1	244 525	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	230 425	0	0	0	0	0	0
1	197 332	2	394 665	2	394 665	4	789 329	1	197 332	2	394 665	2	394 665
7	6 499 316	7	6 499 316	2	1 856 948	7	6 499 316	0	0	3	2 785 421	4	3 713 895
0	0	1	819 064	0	0	0	0	1	819 064	3	2 457 191	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	5 619 746	16	4 087 088	15	3 831 645	22	5 619 746	12	3 065 316	9	2 298 987	9	2 298 987
31	12 560 920	27	12 044 658	20	6 327 782	34	13 138 817	15	4 416 747	18	8 271 299	16	6 742 582
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	41	12 169 222	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	6 136 641	16	4 675 536	6	1 753 326	16	4 675 536	9	2 629 989	4	1 168 884	6	1 753 326
1	284 095	0	0	0	0	2	568 190	0	0	1	284 095	0	0
7	1 868 447	0	0	0	0	6	1 601 526	1	266 921	0	0	0	0
29	8 289 183	16	4 675 536	6	1 753 326	65	19 014 474	10	2 896 910	5	1 452 979	6	1 753 326
1	102 203	0	0	1	102 203	0	0	0	0	0	0	1	102 203
0	0	0	0	0	0	0	0	1	99 638	0	0	0	0
14	1 361 206	8	777 832	2	194 458	6	583 374	4	388 916	2	194 458	4	388 916
15	1 463 409	8	777 832	3	296 661	6	583 374	5	488 554	2	194 458	5	491 119
75	22 313 512	51	17 498 026	29	8 377 769	105	32 736 665	30	7 802 211	25	9 918 736	27	8 987 027

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

EFFECTIF - MASSE SALARIALE -

TABLEAU VI

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES													
	STOMATO		UMC		Med-Inter		Neuro		Gastro		Infectieux		Pneumo-plitis	
	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant	Effec	Montant
professeurs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maitre conférence "A"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maitre conférence "B"	3	691 276	0	0	2	460 851	0	0	1	230 425	0	0	2	460 851
Maitre assistant	10	1 973 323	0	0	1	197 332	3	591 997	2	394 665	2	394 665	0	0
spécialistes	7	6 499 316	1	928 474	3	2 785 421	1	928 474	2	1 856 948	1	928 474	2	1 856 948
généralistes	0	0	12	9 828 765	0	0	2	1 638 128	2	1 638 128	1	819 064	1	819 064
pharmaciens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
chir-dentistes	10	8 267 318	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
résidents	5	1 277 215	0	0	15	3 831 645	2	510 886	10	2 554 430	7	1 788 101	8	2 043 544
S/T MEDICAL	35	18 708 448	13	10 757 239	21	7 275 249	8	3 669 484	17	6 674 595	11	3 930 303	13	5 180 406
psy-et orthoph	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
biologiste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P-E-P-M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
anesthésistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sage femme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
inf-principal	1	301 709	0	0	1	301 709	0	0	2	603 418	0	0	0	0
inf-dipl-d'état	5	1 461 105	94	27 468 774	15	4 383 315	15	4 383 315	14	4 091 094	14	4 091 094	12	3 506 652
infirmier breveté	1	284 095	6	1 704 570	1	284 095	3	852 285	0	0	1	284 095	2	568 190
aide paramédical	0	0	16	4 270 736	3	800 763	3	800 763	2	533 842	0	0	1	266 921
S/T PARAMEDICAL	7	2 046 909	116	33 444 080	20	5 769 882	21	6 036 363	18	5 228 354	15	4 375 189	15	4 341 763
administratif	3	306 609	0	0	2	204 406	0	0	0	0	1	102 203	1	102 203
technique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
economique	6	583 374	34	3 305 786	6	583 374	7	680 603	7	680 603	9	875 061	5	486 145
S/T AUTRES	9	889 983	34	3 305 786	8	787 780	7	680 603	7	680 603	10	977 264	6	588 348
TOTAL	51	21 645 339	163	47 507 105	49	13 832 911	36	10 386 450	42	12 583 552	36	9 282 756	34	10 110 517

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

DEPENSE DE PHARMACIE

Tableau A5

DESIGNATION	SECTIONS AUXILLIAIRES			
	Méd- Nuclé	Laborat	CTS	Radiologie
Médicaments Pansements sérum et vaccins	28 094	1 583 373	1 221 020	299 205
Consommable et accessoires	191 144	890 987	3 894 543	37 945
Films et produits radiologiques	0	8 892	0	1 803 606
Réactifs et produits de laboratoire	1 304 871	3 139 486	2 551 338	6 777
TOTAL	1 524 109	5 622 738	7 666 901	2 147 533

DESIGNATION	SECTIONS AUXILLIAIRES			
	SEMEP	ADM	Serv - Econo	Serv - Soci
Médicaments Pansements sérum et vaccins	28 801	0	0	0
Consommable et accessoires	7 306	0	0	0
Films et produits radiologiques	0	0	0	0
Réactifs et produits de laboratoire	33 775	0	0	0
TOTAL	69 882	0	0	0

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

DEPENSE DE PHARMACIE

Tableau A5

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES					
	Chir-A	Chir-B	Urologie	OTR	Neuro-Chir	OPH
Médicaments Pansements sérums et vaccins	7 056 897	1 539 975	698 599	4 118 495	1 400 512	1 891 080
Consommable et accessoires	367 769	1 163 154	222 774	1 558 852	568 166	407 931
Films et produits radiologiques	0	195	0	0	0	0
Réactifs et produits de laboratoire	4 891	127 668	4 540	141 794	15 438	20 494
TOTAL	7 429 557	2 830 992	925 912	5 819 141	1 984 115	2 319 504

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES					
	ORL	Stomato	UMC	Med-Inter	Neuro	Gastro
Médicaments Pansements sérums et vaccins	444 740	159 689	10 097 490	2 115 743	11 579 659	7 988 263
Consommable et accessoires	7 249 285	467 779	4 874 624	336 681	226 510	567 687
Films et produits radiologiques	0	8 448	1 946 934	0	975	0
Réactifs et produits de laboratoire	40 142	13 316	634 443	51 442	19 808	77 978
TOTAL	7 734 167	649 232	17 553 491	2 503 866	11 826 952	8 633 929

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

DEPENSE DE PHARMACIE

Tableau A5

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES					
	Chir-A	Chir-B	Urologie	OTR	Neuro-Chir	OPH
Médicaments Pansements sérums et vaccins	7 056 897	1 539 975	698 599	4 118 495	1 400 512	1 891 080
Consommable et accessoires	367 769	1 163 154	222 774	1 558 852	568 166	407 931
Films et produits radiologiques	0	195	0	0	0	0
Réactifs et produits de laboratoire	4 891	127 668	4 540	141 794	15 438	20 494
TOTAL	7 429 557	2 830 992	925 912	5 819 141	1 984 115	2 319 504

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES					
	ORL	Stomato	UMC	Med-Inter	Neuro	Gastro
Médicaments Pansements sérums et vaccins	444 740	159 689	10 097 490	2 115 743	11 579 659	7 988 263
Consommable et accessoires	7 249 285	467 779	4 874 624	336 681	226 510	567 687
Films et produits radiologiques	0	8 448	1 946 934	0	975	0
Réactifs et produits de laboratoire	40 142	13 316	634 443	51 442	19 808	77 978
TOTAL	7 734 167	649 232	17 553 491	2 503 866	11 826 952	8 633 929

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

FOURNITURES DIVERSES

Tableau A7

DESIGNATION	SECTIONS AUXILLIAIRES			
	Med- Nuclé	Laborat	CTS	Radiologie
Fournitures de bureau	135 505	229 232	10 370	57 917
Linge et literie	1 199	5 800	6 171	2 398
Produits d'hygiene	25 981	72 320	34 048	17 667
Materiel et mobilier non medical	1 960	14 440	5 821	10 558
Materiel et mobilier medical	0	0	0	0
TOTAL	164 645	321 792	56 410	88 540

DESIGNATION	SECTIONS AUXILLIAIRES			
	SEMEP	Admini-	Serv -Econo	Serv-Soci
Fournitures de bureau	13 992	1 087 105	55 455	15 908
Linge et literie	657	18 005	52 761	5 000
Produits d'hygiene	5 105	64 810	455 104	20 254
Materiel et mobilier non medical	0	154 697	1 321 122	657
Materiel et mobilier medical	0	0	0	0
TOTAL	19 754	1 324 617	1 884 442	41 819

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

FOURNITURES DIVERSES

Tableau A7

SECTIONS PRINCIPALES						
Chirurgie A	Chirurgie B	Urologie	O-T-R	Neuro-chir	Med-Inter	Neuro
113 006	29 902	24 159	62 167	32 224	75 785	72 611
1 314	1 314	7 250	20 102	9 621	0	0
70 506	38 649	27 520	131 174	16 544	38 344	48 256
514 360	139 225	20 501	43 851	99 310	1 315	250 452
29 000	0	67 777	0	1 372 777	0	0
728 187	209 090	147 207	257 295	1 530 476	115 444	371 319

SECTIONS PRINCIPALES						
Gastro	OPH	ORL	Stomato	UMC	Hema-cliniq	Oncologie
76 539	52 918	35 708	23 110	960 593	63 976	162 321
3 347	8 264	3 695	0	206 041	6 729	2 287
31 572	38 629	46 696	10 476	437 555	51 060	14 875
27 607	6 450	7 920	65 491	5 980 360	0	7 020
0	560 000	0	0	5 423 355	0	0
139 065	666 262	94 019	99 078	13 007 904	121 765	186 503

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

FOURNITURES DIVERSES

Tableau A7

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES						
	Infectieux	Pneu-pht	Cardio	Méd- Légale	Reed- Fonc	Psychi	Reanima
Fournitures de bureau	25 170	55 136	426 594	49 697	10 839	61 852	59 712
Linge et literie	1 630	4 192	2 575	11 748	4 510	50 125	2 398
Produits d'hygiene	28 191	32 398	54 055	27 326	22 474	134 129	110 024
Materiel et mobilier non medic	5 510	64 580	52 610	6 802 836	32 800	333 073	42 005
Materiel et mobilier medical	0	0	272 160	0	0	0	0
TOTAL	60 501	156 307	807 994	6 891 606	70 623	579 179	214 139

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES						TOTAL GLE
	Néphro-Hémod	Dermato	Med-Trav	Poly-clini	S-A-M-U		
Fournitures de bureau	52 502	84 188	56 023	189 967	17 121	23 032	4 502 336
Linge et literie	12 940	3 354	1 199	5 784	6 607	27 670	496 689
Produits d'hygiene	29 769	37 817	26 470	15 729	0	13 149	2 228 677
Materiel et mobilier non medic	192 420	3 515	920	1 040	0	100 070	16 304 496
Materiel et mobilier medical	455 000	0	0	0	0	0	8 180 069
TOTAL	742 631	128 873	84 612	212 520	23 728	163 922	31 712 267

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

CHARGES COMMUNES

TABLEAU A9

IMPOT	INTITULE	MONTANT
	<u>Titre I</u>	
I V 3	Assurance de resp,civile	512 499,00
	<u>Titre II</u>	
II I 2	Bourses des internes et externes	3 256 323,00
Chap 2	Formation du personnel paramedical	0,00
Chap 3	Stages a l'étranger	0,00
Chap 4	Congrès et séminaires	0,00
Chap 5	Formation continue	600 000,00
Chap 8	Autres dép,de fonctionnement	0,00
	<u>Titre IV</u>	
Chap 2	Gaz médicaux et autres produits	4 951 087,94
	Accessoires et pièces de rechange pour materiel et outillage médicaux	236 925,00
	<u>Titre VII</u>	
	Dépenses d'infrastructure	28 095 761,00
	<u>Titre VIII</u>	
Chap 1	Frais divers de gestion (de VIII 1 1 au VIII 1 10)	7 507 116,43
VIII 2 1	Chauffage, éclairage, eau et énergie	9 638 970,12
VIII 2 3	Documentation	0,00
Chap 4	Parc auto	1 024 607,60
Chap 5	Transports et déplacements	1 043 678,00
Chap 7	Frais de l'H,C,A	0,00
	<u>Titre X</u>	
	Recherche médicale	0,00
	TOTAL	56 866 968,09

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITES DES SERVICES D'HOSPITALISATION ET DE CONSULTATIONS

TABLEAU B1

SERVICES-UNITES	NBR LITS	NBR MALADES	JOUR-HOSP	Package	Nbr Cure	Nbr Poche Sang	CONS	DMS	TOM
Chirurgie -A-	78	217	2001					9,22	27,88
Chirurgie -B-	36	134	2144					16,00	64,73
Chirur-Urologie	12	440	2008					4,56	181,88
Traumatologie	65	350	3348					9,57	55,99
Neuro-Chirurgie	34	155	1940					12,52	62,02
Ophtalmologie	41	131	839					6,40	22,24
ORL	26	126	1017					8,07	42,52
Medecine-Interne	30	196	2796					14,27	101,30
Neurologie	18	278	1741					6,26	105,13
Gastrologie	29	296	1794					6,06	67,24
Infectieux	28	229	2130					9,30	82,69
Pneumologie	28	216	673					3,12	26,13
Cardiologie	43	567	2741					4,83	69,29
Hemato-Clinique	25	794	3301					4,16	143,52
Réanimation	9	111	2496					22,49	301,45
Dermatologie	14	202	2442					12,09	189,60
Médecine Nucléaire	5	/	/					/	/
Rééducation Fonctionnelle	10	38	1293					34,03	140,54
Psychiatrie	29	169	3036					17,96	113,79
Néphrologie	23	409	2767					6,77	130,77
Hemodialyse	14	/	/					/	/
Oncologie	15	/	/		1096			/	/
UMC	25	1789	12455	28720				6,96	541,52
Médecine Légale	8	/	/				1680	/	/
Polyclinique boudghen	/	/	/				10758	/	/
Medecine de Travail	/	/	/				967	/	/
SAMU	/	/	/	612				/	/
CTS	/	/	/			3385			
TOTAL	645	6847	52962	29332	1096	3385	13405	7,74	89,25

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE LABORATOIRE (BIOCHIMIE)

Tableau B5

DESIGNATION	code	Chir-A		Chir-B		Urologie		O-T-R		Neuro-chir		O-P-II		ORL		Stomato	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
UREE	10	45	450	38	380	6	60	134	1340	56	560	13	130	37	370	0	0
GLYCEMIE	10	30	300	27	270	4	40	133	1330	56	560	13	130	38	380	0	0
CHOLEST	10	13	130	7	70	2	20	8	80	6	60	10	100	31	310	0	0
TRIGLYC ST	25	13	325	7	175	2	50	4	100	6	150	10	250	31	775	0	0
PHOSPH ST	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHOLEST HDLT	25	0	0	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0
CHOLEST EST HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHOLEST NON EST HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRIGLYC HDLT	25	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
TGO	25	53	1325	21	525	2	50	6	150	8	200	10	250	25	625	0	0
TGP	25	53	1325	21	525	2	50	6	150	8	200	10	250	25	625	0	0
CREATINE	10	45	450	38	380	6	60	134	1340	56	560	13	130	37	370	0	0
A URIQUE	10	5	50	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0
PROTIDES	10	34	340	21	210	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20	0	0
BIL	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALBUMINE	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALCALINE	15	40	600	18	270	1	15	3	45	3	45	0	0	0	0	0	0
CA ++	25	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMYLASIMIE	30	1	30	0	0	0	0	0	0	1	30	0	0	0	0	0	0
CALCEMIE	25	0	0	0	0	0	0	2	50	3	75	0	0	1	25	0	0
PHOSPHORE	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FER-SERIQUE	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAGNESIUM	20	4	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I,D,H	30	10	300	0	0	0	0	1	30	0	0	0	0	0	0	0	0
C,P,K	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CULO-URINAIRE	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GAMMAGLUTOM	25	24	600	4	100	0	0	1	25	2	50	0	0	1	25	0	0
H.D.L	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAL	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na+K+CO2	25	174	4350	0	0	0	0	309	7725	90	2250	6	150	15	375	0	0
ELECTRO-PROTDES	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	60	0	0	0	0
TSH	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FT3	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FT4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBA1 C	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		544	10655	204	2925	26	370	746	12490	295	4740	86	1450	244	3910	0	0

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE LABORATOIRE (BIOCHIMIE)

Tableau B5

DESIGNATION	code	Hema-cliniq		Oncologie		Reanima		Dermato		Med-Uras		Psychi		Méd- Légal	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
UREE	10	157	1570	8	80	301	3010	64	640	0	0	49	490	0	0
GLYCEMIE	10	155	1550	3	30	300	3000	62	620	0	0	49	490	0	0
CHOLEST	10	66	660	0	0	298	2980	61	610	0	0	37	370	0	0
TRIGLYC ST	25	66	1650	0	0	298	7450	61	1525	0	0	37	925	0	0
PHOSPH ST	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHOLE HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHOLEST HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHOLE NON EST HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRIGLYC HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TGO	25	128	3200	6	150	300	7500	65	1625	0	0	45	1125	0	0
TGP	25	138	3450	6	150	300	7500	65	1625	0	0	45	1125	0	0
CREATINE	10	157	1570	8	80	301	3010	64	640	0	0	49	490	0	0
A URIQUE	10	56	560	0	0	0	0	3	30	0	0	0	0	0	0
PROTIDES	10	110	1100	1	10	268	2680	8	80	0	0	0	0	0	0
BIL	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALBUMINE	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALCAINE	15	127	1905	3	45	262	3930	9	135	0	0	0	0	0	0
CA ++	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMYLASIMIE	30	1	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALCEMIE	25	15	375	3	75	146	3650	5	125	0	0	1	25	0	0
PHOSPHORE	25	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FER-SERIQUE	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAGNESIUM	20	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0
I,D,H	30	77	2310	0	0	0	0	5	150	0	0	0	0	0	0
C,P,K	30	12	360	0	0	0	0	3	90	0	0	0	0	0	0
CULO-URINAIRE	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GAMMAGLUTOM	25	82	2050	0	0	43	1075	3	75	0	0	0	0	0	0
H,D,L	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAL	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na+K+CO2	25	39	975	0	0	843	21075	9	225	0	0	9	225	0	0
ELECTRO-PROTDES	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TSH	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FT3	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FT4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBA1C	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1388	23365	38	620	3661	66880	487	8195	0	0	321	5265	0	0

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE LABORATOIRE (BIOCHIMIE)

Tableau B5

DESIGNATION	code	Reed- Fonc		Néphro-Hémod				Poly-Clini		S-A-M-U		Malades-Ext		TOTAL GENERAL	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
UREE	10	20	200	9	90	1370	13700	0	0	0	0	5 078	50780	13 106	131 060
GLYCEMIE	10	21	210	2	20	950	9500	0	0	0	0	5388	53880	14 324	143 240
CHOLEST	10	11	110	2	20	880	8800	0	0	0	0	3660	36600	5 910	59 100
TRIGLYC ST	25	11	275	2	50	940	23500	0	0	0	0	3579	89475	5 885	147 125
PHOSPH ST	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHOLEST HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	411	10275	413	10 325
CHOLEST EST HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHOLEST NON EST HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRIGLYC HDLT	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	597	14925	601	15 025
TGO	25	16	400	3	75	545	13625	0	0	0	0	2307	57675	4 427	110 675
TGP	25	16	400	3	75	545	13625	0	0	0	0	2307	57675	4 437	110 925
CREATINE	10	20	200	9	90	1370	13700	0	0	0	0	4995	49950	8 475	84 750
A URIQUE	10	3	30	1	10	390	3900	0	0	0	0	885	8850	1 482	14 820
PROTIDES	10	0	0	1	10	690	6900	0	0	0	0	609	6090	2 024	20 240
BIL	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALBUMINE	20	0	0	0	0	575	11500	0	0	0	0	0	0	575	11 500
ALCALINE	15	3	45	2	30	407	6105	0	0	0	0	1143	17145	2 386	35 790
CA ++	25	0	0	0	0	700	17500	0	0	0	0	0	0	701	17 525
AMYLASIMIE	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	177	5310	187	5 610
CALCEMIE	25	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	496	12400	760	19 000
PHOSPHORE	25	3	75	17	425	120	3000	0	0	0	0	492	12300	681	17 025
FER-SERIQUE	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAGNESIUM	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	224	4480	230	4 600
I.D.H	30	0	0	3	90	0	0	0	0	0	0	261	7830	428	12 840
C.P.K	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	168	5040	203	6 090
CULO-URINAIRE	25	0	0	0	0	305	7625	0	0	0	0	0	0	305	7 625
GAMMAGLUTOM	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	375	9375	782	19 550
H.D.L	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	420
PAL	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na+K+CO2	25	6	150	63	1575	898	22450	0	0	0	0	1476	36900	5 233	130 825
ELECTRO-PROTDES	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69	4140	78	4 680
TSH	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	146	5840	146	5840
FT3	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	128	5120	128	5120
FT4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88	3520	88	3520
HBA1 C	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	595	17	595
TOTAL		130	2095	118	2585	10685	175430	0	0	0	0	35262	570820	74212	1160090

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

TABLEAU B5

DESIGNATION	code	Chir-A		Chir-B		Urologie		O-T-R		Neuro-chir		O.P-H		ORL		Stomato	
		Nbr exam	Nbr de H	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
ECBU	50	3	150	0	0	1	50	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0
PV	125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spermoculture	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chimie des urines	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BK	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E CB des crachats	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prelevement de gorge	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECB DU PUS	80	9	720	2	160	0	0	7	560	2	160	0	0	2	160	0	0
Coproculture	120	1	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serosites	80	1	80	0	0	0	0	0	0	1	80	0	0	0	0	0	0
Hemoculture	80	1	80	1	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parasitologie	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose cutanee	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose viscerale	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mycologie	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASLO	35	0	0	0	0	1	35	3	105	0	0	0	0	0	0	0	0
Facture Rhumatoide	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	105	0	0
CRP	40	5	200	2	80	0	0	10	400	3	120	0	0	3	120	0	0
WIDAL	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
WRIGHT	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kyste Hydatique	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBS	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBC	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIIV	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BW	40	0	0	0	0	1	40	0	0	0	0	0	0	2	80	0	0
BHCG	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxo	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	60	0	0	0	0
Rubeol	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Test de grossesse	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C3+C4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LCR	80	0	0	0	0	0	0	0	0	5	400	0	0	0	0	0	0
culot-urinaire	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		20	1 350	5	320	3	125	20	1 065	13	860	1	60	10	465	0	0

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).
ACTIVITE DE LABO E DE LABORATOIRE (MICROBIOLOGIE)

TABLEAU B5

DESIGNATION	code	UMC		Med-Inter		Neuro		Gastro		Infectieux		Pneu-Phtisio		Cardio	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
ECBU	50	2	100	27	1 350	1	50	16	800	20	1 000	3	150	1	50
PV	125	0	0	0	0	1	125	0	0	2	250	0	0	0	0
Spermoculture	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chimie des urines	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BK	100	1	100	27	2 700	3	300	21	2 100	22	2 200	192	19 200	0	0
E CB des crachats	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prelevement de gorge	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECB DU PUS	80	2	160	2	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coproculture	120	0	0	0	0	0	0	7	840	3	360	0	0	0	0
Serosites	80	0	0	2	160	0	0	10	800	1	80	1	80	0	0
Hemoculture	80	0	0	4	320	0	0	3	240	17	1 360	1	80	1	80
Parasitologie	100	0	0	1	100	0	0	12	1 200	7	700	0	0	0	0
Leishmaniose cutanée	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose viscérale	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0
Paludisme	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mycologie	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASLO	35	1	35	4	140	1	35	7	245	0	0	0	0	0	0
Facture Rhumatoide	35	1	35	4	140	2	70	5	175	1	35	1	35	0	0
CRP	40	6	240	19	760	0	0	15	600	2	80	9	360	5	200
WIDAL	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
WRIGHT	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kyste Hydatique	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBS	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBC	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIV	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BW	40	0	0	5	200	0	0	1	40	1	40	0	0	0	0
BHCG	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxo	60	1	60	0	0	0	0	0	0	5	300	0	0	0	0
Rubeol	60	0	0	0	0	0	0	0	0	1	60	0	0	0	0
Test de grossesse	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C3+C4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LCR	80	0	0	0	0	0	0	0	0	5	400	0	0	0	0
culot-urinaire	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		14	730	95	6 030	8	580	97	7 040	88	6 965	207	19 905	7	330

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).
ACTIVITE DE LABORATOIRE (MICROBIOLOGIE)

TABLEAU B5

DESIGNATION	code	Hema-cliniq		Oncologie		Reanima		Dermato		Med-Trav		Psychi		Méd-Légale	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
ECBU	50	3	150	0	0	4	200	5	250	0	0	1	50	0	0
PV	125	0	0	0	0	1	125	0	0	0	0	0	0	0	0
Spermoculture	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chimie des urines	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BK	100	0	0	0	0	0	0	9	900	0	0	0	0	0	0
E CB des crachats	60	0	0	0	0	0	0	1	60	0	0	0	0	0	0
Prelevement de gorge	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECB DU PUS	80	0	0	0	0	2	160	2	160	0	0	0	0	0	0
Coproculture	120	0	0	0	0	0	0	1	120	0	0	0	0	0	0
Serosites	80	0	0	0	0	28	2 240	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemoculture	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parasitologie	100	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose cutanée	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose viscérale	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mycologie	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASLO	35	1	35	0	0	1	35	9	315	0	0	0	0	0	0
Fracture Rhumatoide	35	6	210	0	0	2	70	14	490	0	0	0	0	0	0
CRP	40	2	80	0	0	40	1 600	15	600	0	0	1	40	0	0
WIDAL	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
WRIGHT	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kyste Hydatique	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBS	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBC	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIV	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BW	40	0	0	0	0	0	0	16	640	0	0	2	80	0	0
BHCG	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxo	60	1	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubeol	60	0	0	0	0	0	0	1	60	0	0	0	0	0	0
Test de grossesse	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C3+C4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LCR	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
culot-urinaire	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		14	635					95	0	0	4	170	0	0	0

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE LABORATOIRE (MICROBIOLOGIE)

TABLEAU B5

DESIGNATION	code	Reed- Fonc		Néphro-Hémod				Poly-Clini		S-A-M-U		Maldes Ext		TOTAL GLE	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
ECBU	50	4	200	29	1 450	2	100	0	0	0	0	846	42 300	970	48 500
PV	125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	189	23 625	193	24 125
Spermoculture	75	1	75	0	0	0	0	0	0	0	0	24	1 800	25	1 875
Chimie des urines	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	237	14 220	237	14 220
BK	100	0	0	13	1 300	0	0	0	0	0	0	90	9 000	378	37 800
E CB des crachats	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	360	7	420
Prelevement de gorge	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	330	3	330
ECB DU PUS	80	0	0	2	160	0	0	0	0	0	0	35	2 800	67	5 360
Coproculture	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	3 000	37	4 440
Serosites	80	0	0	6	480	1	80	0	0	0	0	11	880	62	4 960
Hemoculture	80	0	0	8	640	0	0	0	0	0	0	3	240	39	3 120
Parasitologie	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	176	17 600	198	19 800
Leishmaniose cutanée	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	200	2	200
Leishmaniose viscérale	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Paludisme	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
Mycologie	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	200	2	200
ASLO	35	0	0	50	1 750	0	0	0	0	0	0	457	15 995	535	18 725
Fracture Rhumatoïde	35	1	35	54	1 890	0	0	0	0	0	0	375	13 125	469	16 415
CRP	40	0	0	81	3 240	1	40	0	0	0	0	729	29 160	948	37 920
WIDAL	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
WRIGHT	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kyste Hydatique	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBS	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HBC	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIV	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BW	40	0	0	1	40	0	0	0	0	0	0	160	6 400	189	7 560
BHCG	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxo	60	0	0	4	240	0	0	0	0	0	0	149	8 940	161	9 660
Rubeol	60	0	0	2	120	0	0	0	0	0	0	114	6 840	118	7 080
Test de grossesse	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C3+C4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LCR	80	0	0	1	80	0	0	0	0	0	0	1	80	12	960
culot-urinaire	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		6	310	251	11 390	4	220	0	0	0	0	3 635	197 195	4 654	263 870

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE LABORATOIRE (HEMOBIOLOGIE)

TABLEAU B5

DESIGNATION	Code	Chir-A		Chir-B		Urologie		O-T-R		Neuro-chir		O-P-H		ORL	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
F-N-S	25	87	2 175	76	1 900	30	275	198	4 950	99	2 475	72	1 800	92	2 300
F-L	30	1	30	2	60	0	0	5	150	6	180	0	0	2	60
V-S	15	49	735	34	510	10	75	68	1 020	53	795	49	735	47	705
T-RETIS	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-P-B	30	44	1 320	34	1 020	13	150	91	2 730	39	1 170	25	750	33	990
T-C-A	20	14	280	18	360	7	40	42	840	23	460	16	320	21	420
F-I-B	20	5	100	6	120	3	20	33	660	12	240	5	100	9	180
G.S	30	21	630	11	330	5	30	33	990	12	360	15	450	21	630
PTTLA	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TTD	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MYLOGRAMME	60	1	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ELECTRO H-B	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUCUINASAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REACT-CYTOCH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		222	5 330	181	4 300	68	590	470	11 340	244	5 680	182	4 155	225	5 285

DESIGNATION	Code	Stomato		UMC		Med-Inter		Neuro		Gastro		Infectieux		Pneumo-phtisio	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
F-N-S	25	0	0	87	2 175	200	5 000	121	3 025	152	3 800	124	3 100	142	3 550
F-L	30	0	0	5	150	22	660	12	360	16	480	14	420	5	150
V-S	15	0	0	2	30	95	1 425	58	870	77	1 155	70	1 050	83	1 245
T-RETIS	30	0	0	0	0	27	810	2	60	0	0	4	120	3	90
T-P-B	30	0	0	2 755	82 650	86	2 580	42	1 260	72	2 160	39	1 170	55	1 650
T-C-A	20	0	0	10	200	46	920	22	440	36	720	21	420	32	640
F-I-B	20	0	0	7	140	38	760	8	160	30	600	15	300	20	400
G.S	30	0	0	1 461	43 830	33	990	14	420	30	900	20	600	29	870
PTTLA	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TTD	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MYLOGRAMME	60	0	0	9	540	0	0	0	0	1	60	0	0	2	120
ELECTRO H-B	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUCUINASAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REACT-CYTOCH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		0	0	4 336	129 715	547	13 145	279	6 595	414	9 875	307	7 180	371	8 715

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE LABORATOIRE (HEMOBIOLOGIE)

TABLEAU B5

DESIGNATION	Code	Cardio		Hema-cliniq		Oncologie		Reanima		Dermato		Med-Trav		Psychi		Médec- Légale	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
F-N-S	25	190	4 750	1 091	27 275	0	0	264	6 600	84	2 100	55	1 375	73	1 825	0	0
F-L	30	3	90	107	3 210	0	0	47	1 410	0	0	0	0	0	0	0	0
V-S	15	82	1 230	188	2 820	0	0	62	930	48	720	11	165	38	570	0	0
T-RETIS	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-P-B	30	110	3 300	83	2 490	0	0	133	3 990	41	1 230	34	1 020	24	720	0	0
T-C-A	20	81	1 620	60	1 200	0	0	54	1 080	24	480	21	420	17	340	0	0
F-I-B	20	26	520	44	880	0	0	32	640	12	240	13	260	6	120	0	0
G.S	30	26	780	11	330	0	0	22	660	13	390	6	180	9	270	0	0
PTTLA	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TTD	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MYLOGRAMME	60	0	0	87	5 220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ELECTRO H-B	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUCUINASAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REACT-CYTOCH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		518	12 290	1 671	43 425	0	0	614	15 310	222	5 160	140	3 420	167	3 845	0	0

DESIGNATION	Code	Reed- Fonc		Néphro-Hémod				Poly-Clin		S-A-M-U		Externes		Total Gle			
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B		
F-N-S	25	39	975	291	7 275	93	2 325	333	8 325	0	0	3 358	83 950	7 351	183 300		
F-L	30	0	0	35	1 050	12	360	0	0	0	0	216	6 480	510	15 300		
V-S	15	12	180	71	1 065	460	6 900	5	75	0	0	2 777	41 655	4 449	66 660		
T-RETIS	30	0	0	21	630	20	600	0	0	0	0	69	2 070	146	4 380		
T-P-B	30	18	540	64	1 920	44	1 320	0	0	0	0	2 276	68 280	6 155	184 410		
T-C-A	20	16	320	46	920	33	660	0	0	0	0	110	2 200	770	15 300		
F-I-B	20	8	160	28	560	20	400	0	0	0	0	39	780	419	8 340		
G.S	30	6	180	49	1 470	12	360	0	0	0	0	2 064	61 920	3 923	117 570		
PTTLA	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TTD	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MYLOGRAMME	60	0	0	9	540	0	0	0	0	0	0	4	240	113	6 780		
ELECTRO H-B	60	0	0	36	2 160	0	0	0	0	0	0	0	0	36	2 160	0	
MUCUINASAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
REACT-CYTOCH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL		99	2 355	650	17 590	694	12 925	338	8 400	0	0	10 913	267 575	23 872	604 200		

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE LABORATOIRE (ANAPATH)

TABLEAU B5

DESIGNATION	code	Internes		Externes		TOTAL GLE	
		Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de B
SPERMOGRAMME	275	0	0	0	0	0	0
CYTO PONCT THYROID	60	0	0	128	7680	128	7680
F-C-V	60	0	0	225	13500	225	13500
PONCT-MAMAIRE	60	4	240	36	2160	40	2400
LIQUE PLEURAL	60	16	960	7	420	23	1380
CRACHATS	225	0	0	0	0	0	0
LIQUIDE D'ASCITE	60	26	1560	4	240	30	1800
L-C-R	60	24	1440	0	0	24	1440
BIOPSIE	100	217	21700	118	11800	335	33500
PIECES CHIRURG	120	5	600	0	0	5	600
I-A-C	275	0	0	0	0	0	0
I-P-C	60	0	0	0	0	0	0
CARYOTYPE	200	0	0	0	0	0	0
BIOPSIE CHIR	275	0	0	0	0	0	0
TOTAL		292	26500	518	35800	810	62300

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE L'IMAGERIE

TABLEAU B6

DESIGNATION	Code	Chir-A		Chir-B		Urologie		O-T-R		Neuro-chir		O-P-H		ORL	
		Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R
T-T-X	10	11	110	2	20	0	0	7	70	0	0	0	0	1	10
crane	10	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0
sinus	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gril-costal	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A-S-P	10	0	0	1	10	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0
rachis cerv	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
rachis dor	10	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0
rachis lamb	10	0	0	0	0	0	0	2	20	0	0	0	0	0	0
bassin	10	0	0	0	0	0	0	59	590	0	0	0	0	0	0
osseux	10	0	0	0	0	0	0	246	2460	0	0	0	0	9	90
Genou axial	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Telemetrie	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-O-G-D	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L-B	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U-I-V	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fistulographe	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arthrographie	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H S G	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cholongiographie	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transit gele	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U C R	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lavem-baryt	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO ABD	40	1	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO THY	40	1	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO THO	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO AB PELV	40	2	80	3	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO SEVICAL	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO partie molle	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO ETF	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO scrotal	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO mammaire	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAMO	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SCANNER	90	5	450	0	0	0	0	1	90	3	270	1	90	1	90
TOTAL		20	720	6	150	0	0	318	3260	3	270	1	90	12	200

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE L'IMAGERIE

TABLEAU B6

DESIGNATION	Code	Stomato		UMC		Med-Interne		Neuro		Gastro		Infectieux		Pncu-pht	
		Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R
T-T-X	10	0	0	5784	57840	39	390	3	30	29	290	17	170	63	630
crane	10	0	0	1430	14300	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0
sinus	10	0	0	1391	13910	1	10	3	30	2	20	0	0	0	0
gril-costal	10	0	0	1103	11030	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A-S-P	10	0	0	2115	21150	1	10	0	0	6	60	0	0	0	0
rachis cerv	10	0	0	1713	17130	2	20	0	0	0	0	1	10	0	0
rachis dor	10	0	0	1367	13670	2	20	0	0	1	10	1	10	0	0
rachis lamb	10	0	0	1165	11650	3	30	1	10	2	20	0	0	0	0
bassin	10	0	0	1755	17550	5	50	0	0	2	20	1	10	0	0
osseux	10	0	0	2374	23740	60	600	5	50	3	30	0	0	0	0
Genou axial	10	0	0	1198	11980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Telemetrie	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-O-G-D	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L-B	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U-I-V	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fistulographe	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arthrographie	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H S G	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cholongiographie	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transit gele	40	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40	0	0	0	0
U C R	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lavem-baryt	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO ABD	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO THY	40	0	0	0	0	3	120	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO THO	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	80
ECHO AB PELV	40	0	0	0	0	21	840	2	80	25	1000	5	200	20	800
ECHO SEVICAL	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO partie molle	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO ETF	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO scrotal	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO mammaire	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAMO	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SCANNER	90	0	0	292	26280	7	630	12	1080	2	180	2	180	12	1080
TOTAL		0	0	21687	240230	145	2730	26	1280	73	1670	27	580	97	2590

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE L'IMAGERIE

TABLEAU B6

DESIGNATION	Code	Cardio		Hema-cliniq		Oncologie		Reanima		Dermato		Med- Grav		Psychi		Méd- Légale	
		Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R
T-T-X	10	21	210	25	250	0	0	0	0	20	200	0	0	4	40	10	100
crane	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
sinus	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gril-costal	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A-S-P	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0
rachis cerv	10	0	0	1	10	0	0	0	0	1	10	0	0	1	10	16	160
rachis dor	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
rachis lamb	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	2	20	2	20
bassin	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	2	20	1	10
osseux	10	0	0	4	40	0	0	0	0	12	120	0	0	1	10	20	200
Genou axial	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Telemetrie	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-O-G-D	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L-B	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U-I-V	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fistulographe	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arthrographe	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H S G	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cholongiographie	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transit gele	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U C R	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lavem-baryt	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO ABD	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO THY	40	1	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO THO	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO AB PELV	40	5	200	11	440	0	0	0	0	2	80	0	0	0	0	0	0
ECHO SEVICAL	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO partie molle	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO ETF	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO scrotal	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECHO mammaire	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAMO	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SCANNER	90	2	180	4	360	104	9360	5	450	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		29	630	45	1100	104	9360	5	450	38	440	0	0	10	100	50	500

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE L'IMAGERIE

TABLEAU B6

DESIGNATION	Code	Reed- Fonc		Néphro-Hémod				Poly-Clini		S-A-M-U		Malades-Ext		TOTAL GLE	
		Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de R
T-T-X	10	3	30	14	140	0	0	4	40	0	0	904	9040	6961	69610
crane	10	0	0	2	20	0	0	6	60	0	0	53	530	1494	14940
sinus	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102	1020	1499	14990
gril-costal	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	370	1140	11400
A-S-P	10	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0	77	770	2212	22120
rachis cerv	10	0	0	3	30	0	0	11	110	0	0	254	2540	2004	20040
rachis dor	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62	620	1434	14340
rachis lamb	10	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	174	1740	1353	13530
bassin	10	1	10	10	100	0	0	125	1250	0	0	203	2030	2165	21650
osseux	10	1	10	16	160	0	0	649	6490	0	0	1003	10030	4403	44030
Genou axial	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1198	11980
Telemetrie	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-O-G-D	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	160	4	160
L-B	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U-I-V	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	240	6	240
Fistulographe	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arthrographie	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H S G	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cholangiographie	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transit gele	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	80	3	120
U C R	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	160	4	160
Lavem-baryt	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	160	4	160
ECHO ABD	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40
ECHO THY	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	252	10080	257	10280
ECHO THO	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	400	12	480
ECHO AB PELV	40	3	120	7	280	0	0	0	0	0	0	816	32640	922	36880
ECHO SEVICAL	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	120	3	120
ECHO partie molle	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	920	23	920
ECHO ETF	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	360	9	360
ECHO scrotal	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	320	8	320
ECHO mammaire	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	1080	27	1080
MAMO	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	332	9960	332	9960
SCANNER	90	0	0	6	540	0	0	0	0	0	0	1507	135630	1966	176940
TOTAL		8	170	69	1380	0	0	795	7950	0	0	5876	221000	29444	496850

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

ACTIVITE DE STOMATOLOGIE

TABLEAU B8

DESIGNATION	CODE	NOMBRE DE SEANCES	NOMBRE DE D
Consultations	5	1 645	8 225
Extractions	6	647	3 882
Soins	6	1 507	9 042
Prothèse	50	112	5 600
Detartrage	5	2	10
Expertise	10	5	50
TOTAL		3 918	26 809

ACTIVITE DE MEDECINE NUCLEAIRE

DESIGNATION	CODE	Nbr exam	Nbr de R
NOMBRE DE SCINTIGRAPHIES	100	814	81 400
SCINTIGRAPHIES THYROIDIENNES	30	571	17 130
TRAITEMENT EN AMBULATOIRES	100	73	7 300
NOMBRE DE DOSAGES	20	8 300	166 000
EXAMENS OSTEODENSITOMETRIQUES	100	304	30 400
MALADES HOSPITALISEES	100	36	3 600
TOTAL		10 098	305 830

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).
ACTIVITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE

TABLEAU B10

DESIGNATION	Radiologie		Laboratoire		Med- Nucléaire		Stomato	
	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de R	Nbr exam	Nbr de D
Chirurgie A	20	720	786	17 335				
Chirurgie B	6	150	390	7 545				
Urologie	0	0	97	1 085				
Traumatologie	318	3 260	1 236	24 895				
Neuro-Chirurgie	3	270	552	11 280				
Ophtalmologie	1	90	269	5 665				
ORL	12	200	479	9 660				
Stomatologie	0	0	0	0				
UMC	21 687	240 230	15 871	252 465				
Medecine-Interne	145	2 730	2 171	47 020				
Neurologie	26	1 280	1 440	26 465				
Gastrologie	73	1 670	2 244	47 790				
Infectieux	27	580	1 225	28 415				
Pneumologie	97	2 590	1 876	50 210				
Cardiologie	29	630	2 438	45 025				
Hemato-Clinique	45	1 100	3 073	67 425				
Oncologie	104	9 360	38	620				
Réanimation	5	450	4 353	86 620				
Dermatologie	38	440	783	17 050				
Médecine Légale	50	500	0	0				
Rééducation Fonctionnelle	8	170	235	4 760				
Psychiatrie	10	100	492	9 280				
Néphrologie	69	1 380	1 019	31 565				
Hemodialyse	0	0	11 383	188 575				
Medecine-du travail	0	0	140	3 420				
Poly-Clin	795	7 950	338	8 400				
SAMU	0	0	0	0				
Malades-Externes	5 876	221 000	50 620	1 097 890	10 098	305 830	3 918	26 809
TOTAL	29 444	496 850	103 548	2 090 460	10 098	305 830	3 918	26 809

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES

TABLEAU C1

DESIGNATION	SECTIONS AUXILLIAIRES							
	Med-Nucleaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Adminis	Serv -Econ	Serv-Soc
PERSONNEL	22 207 406	31 760 154	8 943 286	20 622 050	5 264 105	47 591 029	29 726 763	194 458
ALIMENTATION	37 496	0	53 534	0	0	143 519	2 293 096	0
PHARMACIE	1 524 109	5 622 738	7 666 901	2 147 533	69 882	0	0	0
FOURNIT-DIVERSES	164 645	321 792	56 410	88 540	19 754	1 324 617	1 884 442	41 819
ENTRET & MAINTEN	4 220	9 669	7 230	13 560	900	78 120	13 766	8 400
Sous Total	23 937 875	37 714 353	16 727 360	22 871 683	5 354 640	49 137 286	33 918 066	244 677
%	2,71%	4,26%	1,89%	2,59%	0,61%	5,55%	3,83%	0,03%
CHARGES COMMUNE	1 538 651	2 424 159	1 075 182	1 470 119	344 179	3 158 389	2 180 146	15 727
TOTAL	25 476 526	40 138 513	17 802 542	24 341 802	5 698 820	52 295 675	36 098 212	260 404

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES

TABLEAU C1

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES							
	Chirurgie -A	Chirurgie -B	Urologie	O-T-R	Neuro-Chir	OPH	ORL	Stomato
PERSONNEL	22 479 418	17 147 046	6 309 131	17 028 868	13 293 739	13 494 065	16 088 826	21 645 339
ALIMENTATION	520 504	279 019	171 242	1 191 739	606 718	179 939	208 836	0
PHARMACIE	7 429 557	2 830 992	925 912	5 819 141	1 984 115	2 319 504	7 734 167	649 232
FOURNIT-DIVERSES	728 187	209 090	147 207	257 295	1 530 476	666 262	94 019	99 078
ENTRET & MAINTEN	7 840	3 860	390	28 350	6 185	19 370	4 740	5 500
Sous Total	31 165 506	20 470 007	7 553 882	24 325 393	17 421 234	16 679 139	24 130 588	22 399 149
%	3,52%	2,31%	0,85%	2,75%	1,97%	1,89%	2,73%	2,53%
CHARGES COMMUN	2 003 220	1 315 747	485 540	1 563 559	1 119 782	1 072 082	1 551 038	1 439 746
TOTAL	33 168 726	21 785 754	8 039 422	25 888 952	18 541 015	17 751 221	25 681 625	23 838 896

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES

TABLEAU C1

SECTIONS PRINCIPALES						
UMC	Med-Interne	Neurologie	Gastro	Infectieux	Pneumo-ptisio	Cardio
47 507 105	13 832 911	10 386 450	12 583 552	9 282 756	10 110 517	22 313 512
3 962 617	717 891	945 559	371 149	237 001	603 404	1 121 791
17 553 491	2 503 866	11 826 952	8 633 929	1 644 164	1 995 658	13 961 659
13 007 904	115 444	371 319	139 065	60 501	156 307	807 994
63 590	3 320	3 025	4 495	2 180	4 200	3 620
82 094 706	17 173 432	23 533 305	21 732 190	11 226 601	12 870 085	38 208 577
9,28%	1,94%	2,66%	2,46%	1,27%	1,45%	4,32%
5 276 788	1 103 854	1 512 646	1 396 876	721 610	827 248	2 455 926
87 371 493	18 277 285	25 045 952	23 129 066	11 948 212	13 697 334	40 664 503

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES

TABLEAU C1

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES						
	Hemato-Clini	Oncologie	Réanimation	Dermato	Med-Trav	Med-Legale	Reed-Fonc
PERSONNEL	17 498 026	8 377 769	32 736 665	7 802 211	9 918 736	8 987 027	14 603 130
ALIMENTATION	535 552	527 154	0	216 573	0	34 647	419 668
PHARMACIE	53 234 687	37 184 493	7 917 608	939 718	27 198	118 009	1 758 274
FOURNIT-DIVERSES	121 765	186 503	214 139	84 612	212 520	6 891 606	70 623
ENTRET & MAINTEN	3 590	990	3 720	160	1 560	34 760	4 135
Sous Total	71 393 620	46 276 909	40 872 131	9 043 275	10 160 014	16 066 049	16 855 830
%	8,07%	5,23%	4,62%	1,02%	1,15%	1,82%	1,91%
CHARGES COMMUNES	4 588 956	2 974 533	2 627 131	581 273	653 054	1 032 675	1 083 439
TOTAL	75 982 576	49 251 442	43 499 263	9 624 548	10 813 067	17 098 723	17 939 269

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES

TABLEAU C1

SECTIONS PRINCIPALES						
Psychiatrie	Nephro-Hemod		Poly-Cliniq	S-A-M-U	Total -gle	%
23 903 973	12 442 603	10 357 285	4 647 839	19 780 971	590 868 720	62,75%
1 338 761	313 189	730 773	0	424 861	18 186 232	1,93%
1 057 378	32 665 198	1 895 488	1 862 690	23 355	243 527 597	25,86%
579 179	742 631	128 873	23 728	163 922	31 712 267	3,37%
50 061	19 810	8 670	0	720	424 706	0,05%
26 929 353	46 183 431	13 121 090	6 534 257	20 393 829	884 719 522	
3,04%	5,22%	1,48%	0,74%	2,31%	100,00%	
1 730 933	2 968 525	843 382	420 001	1 310 851	56 866 968	6,04%
28 660 286	49 151 956	13 964 472	6 954 258	21 704 679	941 586 490	100,00%

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C2

DESIGNATION	SECTIONS AUXILLIAIRES							
	Med-Nucleaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Adminis	Serv -Econ	Serv-Soc
total repa-prim A	25 476 526	40 138 513	17 802 542	24 341 802	5 698 820	52 295 675	36 098 212	260 404
Medecine nucleaire	25 476 526							
Laboratoire		40 138 513						
C-T-S			17 802 542					
Radiologie				24 341 802				
%								
SEMEP					5 698 820			
Adminis						52 295 675		
Serv-Econo							36 098 212	
Serv-Socia								260 404
Tot.Rép.Secon B								
Tot. Gén. A+B	25 476 526	40 138 513	17 802 542	24 341 802	5 698 820	52 295 675	36 098 212	260 404
Unité d'œuvre	R spécialisé	Nbr de B	Poche Sang	Nbr de R				
Nombre U.O.	305 830	2 090 460	3 385	496 850				
Coût de U.O.	83,30	19,20	5 259,24	48,99				

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C2

SECTIONS PRINCIPALES							
Chirurgie -A	Chirurgie -B	Urologie	O-T-R	Neuro-Chir	OPH	ORL	Stomato
33 168 726	21 785 754	8 039 422	25 888 952	18 541 015	17 751 221	25 681 625	23 838 896
1 142 736	750 568	276 976	891 932	638 779	611 569	884 789	821 303
1 800 392	1 182 527	436 378	1 405 248	1 006 403	963 533	1 393 994	1 293 971
798 524	524 483	193 546	623 266	446 368	427 354	618 275	573 912
1 091 839	717 137	264 639	852 205	610 328	584 330	845 381	784 722
4,4854%	2,9461%	1,0872%	3,5010%	2,5073%	2,4005%	3,4730%	3,2238%
255 618	167 894	61 956	199 515	142 888	136 801	197 918	183 716
2 345 696	1 540 691	568 549	1 830 869	1 311 222	1 255 368	1 816 207	1 685 889
1 619 167	1 063 495	392 453	1 263 797	905 099	866 545	1 253 676	1 163 721
11 680	7 672	2 831	9 117	6 529	6 251	9 044	8 395
9 065 652	5 954 466	2 197 329	7 075 949	5 067 617	4 851 751	7 019 283	6 515 630
42 234 378	27 740 221	10 236 751	32 964 901	23 608 632	22 602 972	32 700 908	30 354 525
NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	Nbr de D
2001	2144	2008	3348	1940	839	1017	26 809
21 106,64	12 938,54	5 097,98	9 846,15	12 169,40	26 940,37	32 154,29	1 132,25

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C2

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES						
	UMC	Med-Interne	Neurologie	Gastro	Infectieux	Pneumo-phtisio	Cardio
total repa-prim A	87 371 493	18 277 285	25 045 952	23 129 066	11 948 212	13 697 334	40 664 503
Medecine nucleaire	3 010 142	629 693	862 889	796 848	411 642	471 904	1 400 983
Laboratoire	4 742 509	992 088	1 359 490	1 255 441	648 547	743 489	2 207 262
C-T-S	2 103 434	440 018	602 971	556 823	287 648	329 758	978 982
Radiologie	2 876 071	601 647	824 456	761 356	393 308	450 885	1 338 583
%	11,8154%	2,4717%	3,3870%	3,1278%	1,6158%	1,8523%	5,4991%
SEMEP	673 336	140 855	193 019	178 246	92 080	105 560	313 384
Adminis	6 178 921	1 292 571	1 771 252	1 635 690	844 979	968 677	2 875 798
Serv-Econo	4 265 133	892 225	1 222 645	1 129 070	583 265	668 650	1 985 081
Serv-Socia	30 768	6 436	8 820	8 145	4 208	4 823	14 320
Tot.Rép.Secon B	23 880 313	4 995 534	6 845 541	6 321 620	3 265 677	3 743 745	11 114 392
Tot. Gén. A+B	111 251 806	23 272 820	31 891 493	29 450 686	15 213 888	17 441 079	51 778 896
Unité d'œuvre	Package	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH
Nombre U.O.	28720	2796	1741	1794	2130	673	2741
Coût de U.O.	3 873,67	8 323,61	18 317,92	16 416,21	7 142,67	25 915,42	18 890,51

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C2

SECTIONS PRINCIPALES						
Hemato-Clini	Oncologie	Réanimation	Dermato	Med-Trav	Med-Legale	Reed-Fonc
75 982 576	49 251 442	43 499 263	9 624 548	10 813 067	17 098 723	17 939 269
2 617 769	1 696 822	1 498 646	331 587	372 534	589 089	618 048
4 124 320	2 673 359	2 361 132	522 419	586 931	928 116	973 740
1 829 250	1 185 709	1 047 227	231 707	260 320	411 645	431 881
2 501 174	1 621 245	1 431 897	316 818	355 942	562 851	590 520
10,2752%	6,6603%	5,8825%	1,3015%	1,4623%	2,3123%	2,4259%
585 566	379 560	335 231	74 172	83 332	131 773	138 251
5 373 495	3 483 067	3 076 272	680 649	764 701	1 209 223	1 268 667
3 709 171	2 404 262	2 123 463	469 833	527 851	834 692	875 725
26 757	17 344	15 318	3 389	3 808	6 021	6 317
20 767 502	13 461 368	11 889 187	2 630 574	2 955 420	4 673 411	4 903 148
96 750 078	62 712 811	55 388 449	12 255 122	13 768 487	21 772 134	22 842 417
NJH	Nbr de Cure	NJH	NJH	Nbr de Cons	Nbr de Cons	NJH
3301	1096	2496	2442	967	1680	1293
29 309,32	57 219,72	22 190,89	5 018,48	14 238,35	12 959,60	17 666,22

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C2

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES					
	Psychiatrie	Nephro-Hemod		Poly-Cliniq	S-A-M-U	Total -gle
total repa-prim A	28 660 286	49 151 956	13 964 472	6 954 258	21 704 679	739 473 996
Medecine nucleaire	987 411	1 693 394	481 107	239 590	747 775	25 476 526
Laboratoire	1 555 675	2 667 959	757 989	377 476	1 178 126	40 138 513
C-T-S	689 985	1 183 314	336 189	167 421	522 532	17 802 542
Radiologie	943 431	1 617 971	459 679	228 918	714 469	24 341 802
%	3,8758%	6,6469%	1,8884%	0,9404%	2,9352%	100,00%
SEMEP	220 873	378 794	107 618	53 594	167 269	5 698 820
Adminis	2 026 858	3 476 031	987 569	491 806	1 534 957	52 295 675
Serv-Econo	1 399 082	2 399 405	681 691	339 480	1 059 537	36 098 212
Serv-Socia	10 093	17 309	4 918	2 449	7 643	260 404
Tot.Rép.Secon B	7 833 409	13 434 177	3 816 759	1 900 733	5 932 307	202 112 494
Tot. Gén. A+B	36 493 695	62 586 133	17 781 231	8 854 991	27 636 986	941 586 490
Unité d'œuvre	NJH	NJH	Nbr de Séances	Nbr de Cons	Package	
Nombre U.O.	3036	2767	2489	10758	612	
Coût de U.O.	12 020,32	22 618,77	7 143,93	823,11	45 158,47	

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C3

DESIGNATION	SECTIONS AUXILLIAIRES							
	Med-Nucleaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Adminis	Serv -Econ	Serv-Soc
PERSONNEL	22 207 406	31 760 154	8 943 286	20 622 050	5 264 105	47 591 029	29 726 763	194 458
ALIMENTATION	37 496	0	53 534	0	0	143 519	2 293 096	0
PHARMACIE	1 524 109	5 622 738	7 666 901	2 147 533	69 882	0	0	0
FOURNIT-DIVERSES	164 645	321 792	56 410	88 540	19 754	1 324 617	1 884 442	41 819
ENTRET & MAINTEN	4 220	9 669	7 230	13 560	900	78 120	13 766	8 400
CHARGES COMMUN	1 538 651	2 424 159	1 075 182	1 470 119	344 179	3 158 389	2 180 146	15 727
TOTAL	25 476 526	40 138 513	17 802 542	24 341 802	5 698 820	52 295 675	36 098 212	260 404
Medecine nucleaire	25 476 526							
Laboratoire		40 138 513						
C-T-S			17 802 542					
Radiologie				24 341 802				
%								
SEMEP					5 698 820			
Adminis						52 295 675		
Serv-Econo							36 098 212	
Serv-Socia								260 404
Tot.Rép.Secon B								
Tot. Gén. A+B	25 476 526	40 138 513	17 802 542	24 341 802	5 698 820	52 295 675	36 098 212	260 404
Unité d'œuvre	R spécialisé	Nbr de B	Poche Sang	Nbr de R				
Nombre U.O.	305 830	2 090 460	3 385	496 850				
Coût de U.O.	83,30	19,20	5 259,24	48,99				

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C3

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES							
	Chirurgie -A	Chirurgie -B	Urologie	O-T-R	Neuro-Chir	OPH	ORL	Stomato
PERSONNEL	22 479 418	17 147 046	6 309 131	17 028 868	13 293 739	13 494 065	16 088 826	21 645 339
ALIMENTATION	520 504	279 019	171 242	1 191 739	606 718	179 939	208 836	0
PHARMACIE	7 429 557	2 830 992	925 912	5 819 141	1 984 115	2 319 504	7 734 167	649 232
FOURNIT-DIVERSI	728 187	209 090	147 207	257 295	1 530 476	666 262	94 019	99 078
ENTRET & MAINT	7 840	3 860	390	28 350	6 185	19 370	4 740	5 500
CHARGES COMMU	2 003 220	1 315 747	485 540	1 563 559	1 119 782	1 072 082	1 551 038	1 439 746
TOTAL	33 168 726	21 785 754	8 039 422	25 888 952	18 541 015	17 751 221	25 681 625	23 838 896
Medecine nucleair	1 142 736	750 568	276 976	891 932	638 779	611 569	884 789	821 303
Laboratoire	1 800 392	1 182 527	436 378	1 405 248	1 006 403	963 533	1 393 994	1 293 971
C-T-S	798 524	524 483	193 546	623 266	446 368	427 354	618 275	573 912
Radiologie	1 091 839	717 137	264 639	852 205	610 328	584 330	845 381	784 722
%	4,4854%	2,9461%	1,0872%	3,5010%	2,5073%	2,4005%	3,4730%	3,2238%
SEMEP	255 618	167 894	61 956	199 515	142 888	136 801	197 918	183 716
Adminis	2 345 696	1 540 691	568 549	1 830 869	1 311 222	1 255 368	1 816 207	1 685 889
Serv-Econo	1 619 167	1 063 495	392 453	1 263 797	905 099	866 545	1 253 676	1 163 721
Serv-Socia	11 680	7 672	2 831	9 117	6 529	6 251	9 044	8 395
Tot.Rép.Secon B	9 065 652	5 954 466	2 197 329	7 075 949	5 067 617	4 851 751	7 019 283	6 515 630
Tot. Gén. A+B	42 234 378	27 740 221	10 236 751	32 964 901	23 608 632	22 602 972	32 700 908	30 354 525
Unité d'œuvre	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	Nbr de D
Nombre U.O.	2 001	2 144	2 008	3 348	1 940	839	1 017	26 809
Coût de U.O.	21 106,64	12 938,54	5 097,98	9 846,15	12 169,40	26 940,37	32 154,29	1 132,25

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES

TABEAU C3

SECTIONS PRINCIPALES						
UMC	Med-Interne	Neurologie	Gastro	Infectieux	Pneumo-ptisio	Cardio
47 507 105	13 832 911	10 386 450	12 583 552	9 282 756	10 110 517	22 313 512
3 962 617	717 891	945 559	371 149	237 001	603 404	1 121 791
17 553 491	2 503 866	11 826 952	8 633 929	1 644 164	1 995 658	13 961 659
13 007 904	115 444	371 319	139 065	60 501	156 307	807 994
63 590	3 320	3 025	4 495	2 180	4 200	3 620
5 276 788	1 103 854	1 512 646	1 396 876	721 610	827 248	2 455 926
87 371 493	18 277 285	25 045 952	23 129 066	11 948 212	13 697 334	40 664 503
3 010 142	629 693	862 889	796 848	411 642	471 904	1 400 983
4 742 509	992 088	1 359 490	1 255 441	648 547	743 489	2 207 262
2 103 434	440 018	602 971	556 823	287 648	329 758	978 982
2 876 071	601 647	824 456	761 356	393 308	450 885	1 338 583
11,8154%	2,4717%	3,3870%	3,1278%	1,6158%	1,8523%	5,4991%
673 336	140 855	193 019	178 246	92 080	105 560	313 384
6 178 921	1 292 571	1 771 252	1 635 690	844 979	968 677	2 875 798
4 265 133	892 225	1 222 645	1 129 070	583 265	668 650	1 985 081
30 768	6 436	8 820	8 145	4 208	4 823	14 320
23 880 313	4 995 534	6 845 541	6 321 620	3 265 677	3 743 745	11 114 392
111 251 806	23 272 820	31 891 493	29 450 686	15 213 888	17 441 079	51 778 896
Package	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH
28 720	2 796	1 741	1 794	2 130	673	2 741
3 873,67	8 323,61	18 317,92	16 416,21	7 142,67	25 915,42	18 890,51

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C3

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES						
	Hemato-Clini	Oncologie	Réanimation	Dermato	Med-Trav	Med-Legale	Reed-Fonc
PERSONNEL	17 498 026	8 377 769	32 736 665	7 802 211	9 918 736	8 987 027	14 603 130
ALIMENTATION	535 552	527 154	0	216 573	0	34 647	419 668
PHARMACIE	53 234 687	37 184 493	7 917 608	939 718	27 198	118 009	1 758 274
FOURNIT-DIVERSES	121 765	186 503	214 139	84 612	212 520	6 891 606	70 623
ENTRET & MAINTEN	3 590	990	3 720	160	1 560	34 760	4 135
CHARGES COMMUNE	4 588 956	2 974 533	2 627 131	581 273	653 054	1 032 675	1 083 439
TOTAL	75 982 576	49 251 442	43 499 263	9 624 548	10 813 067	17 098 723	17 939 269
Medecine nucleaire	2 617 769	1 696 822	1 498 646	331 587	372 534	589 089	618 048
Laboratoire	4 124 320	2 673 359	2 361 132	522 419	586 931	928 116	973 740
C-T-S	1 829 250	1 185 709	1 047 227	231 707	260 320	411 645	431 881
Radiologie	2 501 174	1 621 245	1 431 897	316 818	355 942	562 851	590 520
%	10,2752%	6,6603%	5,8825%	1,3015%	1,4623%	2,3123%	2,4259%
SEMEP	585 566	379 560	335 231	74 172	83 332	131 773	138 251
Adminis	5 373 495	3 483 067	3 076 272	680 649	764 701	1 209 223	1 268 667
Serv-Econo	3 709 171	2 404 262	2 123 463	469 833	527 851	834 692	875 725
Serv-Socia	26 757	17 344	15 318	3 389	3 808	6 021	6 317
Tot.Rép.Secon B	20 767 502	13 461 368	11 889 187	2 630 574	2 955 420	4 673 411	4 903 148
Tot. Gén. A+B	96 750 078	62 712 811	55 388 449	12 255 122	13 768 487	21 772 134	22 842 417
Unité d'œuvre	NJH	Nbr de Cure	NJH	NJH	Nbr de Cons	Nbr de Cons	NJH
Nombre U.O.	3 301	1 096	2 496	2 442	967	1 680	1 293
Coût de U.O.	29 309,32	57 219,72	22 190,89	5 018,48	14 238,35	12 959,60	17 666,22

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES

TABLEAU C3

Psychiatrie	SECTIONS PRINCIPALES					%
	Nephro-Hemod	Poly-Cliniq	S-A-M-U	Total -gle		
23 903 973	12 442 603	10 357 285	4 647 839	19 780 971	590 868 720	62,75%
1 338 761	313 189	730 773	0	424 861	18 186 232	1,93%
1 057 378	32 665 198	1 895 488	1 862 690	23 355	243 527 597	25,86%
579 179	742 631	128 873	23 728	163 922	31 712 267	3,37%
50 061	19 810	8 670	0	720	424 706	0,05%
1 730 933	2 968 525	843 382	420 001	1 310 851	56 866 968	6,04%
28 660 286	49 151 956	13 964 472	6 954 258	21 704 679	941 586 490	100%
987 411	1 693 394	481 107	239 590	747 775	50 953 051	
1 555 675	2 667 959	757 989	377 476	1 178 126	80 277 025	
689 985	1 183 314	336 189	167 421	522 532	35 605 084	
943 431	1 617 971	459 679	228 918	714 469	48 683 605	
3,8758%	6,6469%	1,8884%	0,9404%	2,9352%	100%	
220 873	378 794	107 618	53 594	167 269	11 397 639	
2 026 858	3 476 031	987 569	491 806	1 534 957	104 591 350	
1 399 082	2 399 405	681 691	339 480	1 059 537	72 196 425	
10 093	17 309	4 918	2 449	7 643	520 809	
7 833 409	13 434 177	3 816 759	1 900 733	5 932 307	202 112 494	
36 493 695	62 586 133	17 781 231	8 854 991	27 636 986	941 586 490	
NJH	NJH	Nbr de Séances	Nbr de Cons	Package		
3 036	2 767	2 489	10 758	612		
12 020,32	22 618,77	7 143,93	823,11	45 158,47		

Estimation des coûts Moyens des Unités d'œuvres (projection 2011).

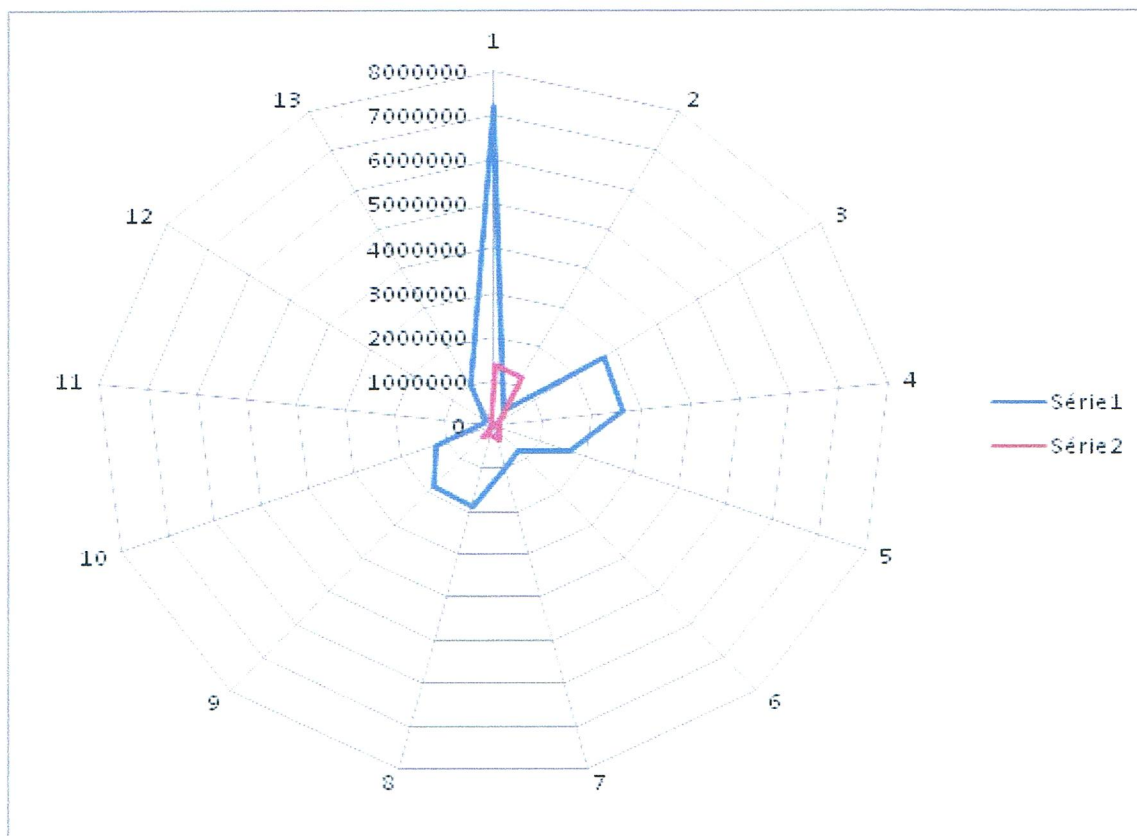
COUT MOYEN DE L'UNITE D'ŒUVRE EVALUE PAR SERVICE

SERVICES	Unité d'œuvre	Coût
Laboratoire	B	19,20
Imagerie	R	48,99
Médecine Nucléaire	R spécialisés	83,30
C T S	Nbr de poches	5 259,24
Chirurgie A	NJH	21 106,64
Chirurgie B	NJH	12 938,54
Urologie	NJH	5 097,98
OTR	NJH	9 846,15
Neuro-chirurgie	NJH	12 169,40
Ophtalmologie	NJH	26 940,37
ORL	NJH	32 154,29
Stomatologie	NBR DE D	1 132,25
U M C	Package	3873,67
Médecine Interne	NJH	8 323,61
Neurologie	NJH	18 317,92
Gastrologie	NJH	16 416,21
Infectieux	NJH	7 142,67
Pneumo-Phtisiologie	NJH	25 915,42
Cardiologie	NJH	18 890,51
Hémato-Clinique	NJH	29 309,32
Oncologie	NBR DE CURE	57 219,72
Réanimation	NJH	22 190,89
Dermatologie	NJH	5 018,48
Médecine de Travail	Consultations	14 238,35
Médecine légale	Consultations	12 959,60
Reéducation Fonct	NJH	17 666,22
Psychiatrie	NJH	12 020,32
Néphrologie	NJH	22 618,77
Hémodialyse	Nbr de séances	7 143,93
Polyclinique	Consultations	823,11
SAMU	Package	45 158,47

COUTS MOYENS DES L'UNITES D'ŒUVRES EVALUES PAR SPECIALITES
(Evaluation en DA)

SERVICES	ANNEE 2006	ANNEE 2007	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
Laboratoire (le B)	4.80	8.78	6.60	7.65	12.57
Imagerie (le R)	23.36	25.43	41.43	44.65	31.57
Médecine Nucléaire (le R)	33.50	37.35	47.13	44.34	47.30
CTS (poche de sang)	2,304.76	3,143.60	3,059.86	1,604.00	2,572.95
Chirurgie générale (journée)	(6,361.00	5,134.88	10,058.72	11,441.01	18,721.80
OTR(journée)	5,353.46	5,098.55	9,135.49	6,568.61	7,209.02
Neuro-chirurgie (journée)	3,623.65	3,353.87	5,401.45	5,040.98	12,886.68
Ophtalmologie	4,832.01	6,616.24	8,767.73	6,187.68	7,291.70
ORL (journée)	4,527.41	8,370.27	14,758.81	9,445.14	12,923.80
Stomatologie (journée)	109.88	125.84	151.05	293.04	242.84
Chirurgie Infantile (journée)	3,394.51	4,213.24			
Pédiatrie (journée)	1,848.62	2,410.11			
Gynéco-Obstétrique (journée)	3,651.76	3,875.89			
Urologie (journée)	6,157.42	4,693.99	5,211.73	4,424.41	8,992.68
U M C	984.26	1,089.58	1,287.68	1,063.96	1,179.21
Médecine Interne(journée)	5,176.20	4,411.12	5,357.46	5,774.19	8,619.51
Neurologie(journée)	6,470.27	4,920.13	7,008.33	7,443.20	17,616.77

SERVICES	ANNEE 2006	ANNEE 2007	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
Gastrologie (journée)	4,623.41	6,499.17	8,958.53	12,555.22	14,282.04
Infectieux (journée)	6,409.75	9,197.67	8,825.37	11,392.91	9,333.99
Pneumo-phtisiologie (journée)	2,198.47	2,949.41	5,205.32	4,627.56	8,055.54
Cardiologie(journée)	3,208.13	2,903.43	4,445.53	3,755.49	7,936.75
Hémato-Clinique (journée)	6,044.96	7,355.04	11,005.19	15,433.21	17,358.70
Oncologie (cure)	10,081.91	15,696.44	42,230.65	50,612.74	62,516.33
Réanimation (journée)	15,003.57	17,146.28	22,268.82	37,750.75	29,211.43
Dermatologie (journée)	1,774.54	3,145.09	4,190.04	8,510.26	4,482.10
Médecine de Travail	1,361.47	1,594.60	2,645.23	2,660.16	3,158.43
Médecine légale (journée)	2,483.22	3,220.02	3,457.11	4,330.42	6,194.49
Rééducation Fonctionnelle (journée)	7,586.73	3,831.41	5,895.24	4,472.45	16,274.07
Psychiatrie (journée)	3,110.15	4,642.90	3,478.88	3,853.23	5,232.65
Néphrologie (journée)	19,327.92	11,601.12	8,093.10	8,922.69	14,848.25
Hémodialyse (séance)	5,500.06	5,350.67	7,766.02	5,692.13	7,508.68
Polyclinique (consultation)	197.52	235.29	343.82	321.97	210.25
SAMU (package)	11,444.36	9,782.79	10,419.05	10,550.92	14,160.59



Série 1 : les unités d'œuvres de laboratoires –Série2 : Les unités d'œuvre de Radiologie

Activité du plateau technique (Laboratoires +Radiologie) pour les établissements de la région (EPSP-EPH-CHU-EHS) relevant de la wilaya de Tlemcen : Année 2011

Désignation des Etablissements	Nombre de « B »	Nombre de « R »
1.C.H.U	7214690	1359480
2.E.H.S.	374130	1201200
3.EPHGhazaouet	2686175	134371
4.EPH-Maghnia	2617665	100785
5.EPH-Nédroma	1613580	122483
6.EPH-Sebdou	751180	152765
7.EPSP-Tlemcen	994950	361816
8.EPSP-Remchi	1879635	246254
9.EPSP-Ghazaouet	1835718	344119
10.EPSP-Maghnia	1239960	32797
11.EPSP-Bab -Elassa	225 471	11996
12.EPSP-Sebdou	237534	17527
13.EPSP-Ouled/Mimoun	1017887	130654

Liste des abreviations

ABC: Activity based Costing.
ABC/ABM: Activity Based Costing Activity Based Management .
B : unité de mesure des actes de laboratoires .
BR : Budget Réel.
BT : Budget Théorique.
AID: Automatic Interaction Detector.
CHU : Centre Hospitalier Universitaire.
CMAS :Complication Morbidité Associée Sévère.
CMS: Centre Médico-social
CMU :Caisse de mutualité unifiée.
CNAMT : Caisse Nationale d'assurances Maladies du Travail.
CBC : Community Based Care.
C.R.: Centre de responsabilité.
C.W : The Costs Weights.
CIM :Codification internationale des maladies.
CSI: Computerized Severity Index.
DHA :District Health Authority.
CHS :Centre Hospitalier Spécialisé.
DDS :Direction départementale de la santé .
DMS :Durée Moyenne de séjour.
DRGs : Diagnosis Related Groups. (Système de codification américain)
EPSP : Etablissement public de santé de proximité.
EHS : Etablissement hospitalier spécialisé.
EHR : Etablissement Hospitalier Régional.
FHS :Free Health System.
FPER :Indicateur de mesure des flux de patients entre régions .
GPFH :General practice Funds holders.
GHS :Groupes homogènes de séjours.
GHA : Groupes homogènes d'activités.
ICM :Indice comparable de mortalité.
ISA :Indice synthétique d'activité.
ICR :Indice de coûts relatifs.
K : Unité de mesure des actes de chirurgie.
K.are : Unité de mesure des actes liés à l'anesthésie-réanimation.
MCO :Médecine Chirurgie Obstétrique.
MCD :Majors Categories Diagnostics.
NGAP : Nomenclature générale des Actes Médicaux.
PMSI : Programme de médicalisation du système d'information.
PMI : Programme « maternité infantile ».
PPO :Preferred Provider Organisation.
RUM : Résumé unique Médical.
RSA : Résumé Standard Anonyme.
R :Unité de mesure des actes de radiologie.
RS : résumé de sortie (Médical).
SIA : Système d'information administratif.

SIM : Système d'information médical.

SCHIP: State Children Health Insurance Program.

T.H: Trust Hospitals .

UG: Unité de Gestion .

UA: Unité d'analyse.

UH : Unité Hospitalière.

Tableau Annexe : Statistique d'activités Hospitalières.

Nombre de journées réalisées et activité clinique du plateau technique (laboratoires et Radiologie)

Année-2010-2011-Direction de Wilaya Tlemcen de la Santé .

Etablissements	N.J.Chirurgie	N.J.Médecine	N.B	N.R.
C.H.U. Tlemcen	43217	117815	7453215	1359430
E.H.S. Tlemcen	51749	17848	64260	1201200
EPH. Ghazaouet	4824	9469	2686175	134371
EPH. Maghnia	17016	11962	2617665	103785
EPH.Nédroma	3307	2743	1480230	122483
EPH. Sebdou	10414	12067	4882744	110235
EPSP. Tlemcen	00	989	701210	305348
EPSP. Remchi	00	1002	1879635	246254
EPSP. Ghazaouet	00	00	1785718	34411
EPSP. Maghnia	00	00	1239960	32797
EPSP.Bab-el-assa	00	55	225471	11996
EPSP. Sebdou	00	96	237534	17522
EPSP. O/Mimoun	00	1369	1017887	128654

N.J.=Nombre de journées réalisées en médecine et chirurgie-N.B.= nombre d'unité réalisées en laboratoires.

N.R. : Nombre d'unités de radiologie réalisées.-N.J. : Nombre de journées de médecine.

Les Indicateurs :

1- Indice Lits/Population = (Nombre de Lits x 1000/ Population ...Indique le nombre de lits pour 1000 hab.

2- Taux d'admission : = (Nombre d'admissions x 1000)/ Population).....Ensemble de malades admis dans l'année pour 1000 hab., pour une région donnée.

3-Taux d'occupation = (Nombre de journées d'hospitalisations x 100) /Nombre de lits x 365 JReprésente le taux d'occupation de Lits en cours de l'année d'observation.

4- Durée Moyenne de Séjour =(DMS)=(Nombre de Journées d'hospitalisations /Nombre d'admissions).....

L'indicateur, représente le nombre moyen de journées qu'un malade passe dans un service hospitalier en cours d'année.

5-Coefficient de Rotation du lit : (C.R)=(Nombre d'admission /Nombre de lits).....Indique le nombre moyens de patients se succédant dans un même lit durant l'année.

Bibliographie

1-Economie de santé :

- 1-Halgand N. : Le problème de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier comptabilité – Contrôle –Audit -1995-tome 1, Volume 2 Pp.30-52 -France.
- 2-Halgand N. : Comptabilité et pertinence : une comptabilité constructiviste pour le nouveau management hospitalier .Comptabilité, Contrôle et Audit, Volume deux Septembre 1997.
- 3-Frustiger. P. et Fessler J.M, la gestion hospitalière médicalisée : PMSI synthèse clinique et infirmière, coûts des pathologies traitées, aide à la décision, Paris ESF, 1991.
- 4-Thierry Nobre et Noelle Biron : application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie : le Cas de la Chirurgie Infantile -2003- France.
- 5-Evelyne Augier : Comptabilité Hospitalière-Serie les études hospitalières-Edition 2003.
- 6-Arrow.K.J. « Uncertainty and the welfare economics of medical care “The American economic review Vol. 3, Dec 1963 ,N° 5 PP.941-973.
- 7-Béjean S., Peyron C, ”Efficacité des procédures d’allocations des ressources : quant l’équité vient au secours de l’économie “, Santé et économie, les cahiers du G.R.A.T.I.C.E., université Paris XII val-de-Marne, CREDES N°15-1998.
- 8-Lauzel P.Comptabilité analytique et gestion ;Sirey,Paris 3°édition,1977.
- 9-Riveline C.Evaluation des coûts :éléments d’une théorie de gestion.ENMSP,1980.
- 10-Cibert A. Comptabilité analytique.Dunod Paris,1976.
- 11-Emile Levy : Introduction à la gestion hospitalière-Edition 1981.
- 12-F.Z. Oufriha : Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie-O.P.U.-10/1092 Alger.
- 13-Yvon Merlière et René Kieffer : Le contrôle de gestion de l’hôpital : Principes clés et outils nouveaux – Edition Masson 1997.
- 13-François Gremy : Informatique médicale : Introduction à la méthodologie en médecine et santé publique –Edition Flammarion –Médecine-sciences-1987.
- 14-P.Degoulet-M.Fieschi –Informatique médicale : Edition –Masson-Paris-1993-2°édition. :
- 15-R. Cooper: Elements of Activity Based Costing (Emerging Practices in cost Management: Pratiques d’urgence dans le coût du management .ed.W.Gorham and Lamont-1990.
- 16-R.B. Fetter, Rubin R.J.; Rabkin M.T; prospective payment implication for clinical investigator; clinical research, September 1984.
- 17-P.Frustiger, J.M. Fessler « La gestion hospitalière médicalisée : P.M.S.I. , synthèse Clinique et infirmière, coûts des pathologies traitées ,aide à la décision ».Paris ,ESF ;1991.

Périodiques et revues :

- 1-Cahiers du Cread : Contribution à l’étude de l’économie de la santé en Algérie : N°31-1993.
- 2-Cordier –Problèmes politiques et sociaux –Mars-1990 ;
- 3-Le C.E.R.C. : Le coût de l’hospitalisation : Paris 1979.
- 4-Le C.N.R.S. : Sciences de gestion et santé publique : la mesure du produit hospitalier.
- 5-Cellule d’audit du ministère de la santé public algérien : synthèse de l’état de santé des hôpitaux publics nationaux -1985-1989-1990).
- 6-Revue Santé N°181-La gratuité des soins -1974.
- 7-J.Fervel –Les chances de l’hôpital moderne en Algérie : opinions et critiques-1979.
- 8-Larbi Lamri : Faut-il réinventer l’hôpital –Bulletin de l’économie de santé –Mai 1991.
- 9-J.Imbert : Les hôpitaux de France –Collection que sais-je N° 795 P.U.F. 1996.
- 10-M.Rochaix : Essai sur l’évolution des questions hospitalières : La fédération hospitalière de France – Paris-1979.

- 11-Tierry Nobre et Noelle Biron : Application de la méthode ABC au calcul de coûts par pathologie : le cas de la chirurgie infantile.2009-France.
- 12-M.Ouchtati : La réforme hospitalière : point de vue d'un spécialiste –Université de Constantine – Laboratoire des techniques de la qualité des soins -2009.
- 13-L.Cravello,M.Isnardi,G.Violin,A.Duthilleul ,R.Sambuc,B.Blanc- :Evaluation du coût direct hospitalier de l'hystérectomie vaginale-Département d'information médicale ,Hôpital de la conception, Marseille -1999-France.
- 14-P. Lejeune : La mesure des soins hospitaliers-Charleroi –Belgique-1996.
- 15-P.Degoulet et Fieschi : Traitement de l'information médicale « Méthodes et applications hospitalières » France-juillet 2009.
- 16-Sylvie Cohue et Diane Lequel-Slama : Le système d'assurance de santé aux Etats Unis (un système fragmenté et concurrentiel)-Direction de la recherche , des études, de l'évaluation , et des statistiques (DREES).N°600-Sept.2007.
- 17-Constanta JACOB ; Raluka Mihaela DRACEA Université de Roumanie « La méthode ABC/ABM vers une nouvelle perspective ».(publication traduite)-2009.
- 18-Kaplan, R.S., :Activity based costing (Ativité basé sur le management)-1999.
- 19- Ed. James ; B.Edwards : Le management du coût pour les services d'industrie -Boston-1999.
- 20-Partha DEB: Trends in Case-Mix in the Medicare population (American hospital association federation of American Hospitals, Association of American Medical Colleges)-Juillet 2010.
- 21-C. Jacob: Modeling of cost behavior by ABC /ABM Method ; the 10th world Congress of accounting educators and the third annual international accounting Conference,Istambul,Turkey –Nov 2006.
- 22-Gaétane Levesque :Le mode d'allocation des ressources financiers 2006-2007 aux hôpitaux de jour ,pour les patients hospitalisés en chirurgie par les services du ministère de la santé et les services sociaux –Québec-2008.
- 23-Zofia Huber Swinarski,Bernard Morard ,Nicole Pauli : Les inducteurs de coûts et l'approximation des coûts par produits : Application dans le secteur hospitalier-2008.
- 24-Halgand N., portabilité et qualité des modèles de contrôle de gestion ; Economies et sociétés ; n°2/1998.
- 25-Banquier, RD, Potter, G., Schroeder, RG (1995). An empirical analysis of manufacturing overhead” Une analyse empirique des frais généraux” de fabrication cost drivers, *Journal of Accounting and Economics*, 19 , 115-137 “les inducteurs de coûts”,
- 26-Christensen, J. & Demski, JS (1995). Christensen, J. & Demski, JS (1995). The classical foundations of " modern " costing, *Management « Les fondements classiques du «moderne» management des coûts, de gestion »;Accounting Research*, 6,13-32 .

Thèses et mémoires :

- 1-Miloud Kaddar -Système de santé et médicaments en Algérie –Thèse de magister :Alger 1988.
- 2-Nadjia Dahak : Approche d'analyse des coûts dans un établissement hospitalier spécialisé en maladies infectieuses –Thèse de magister-10-1998.Alger.
- 3-Youssef Mahiaoui : Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins –Doctorat des systèmes de soins hospitaliers-Décembre 2003-UFR.Lariboisières-St louis-France.
- 4-Benaouda Hamel : Politique et système de santé ; Alger-1983.
- 5-Fan YING : Application de la méthode ABC au Laboratoire du Centre Hospitalier de Haguenau : Le Coût des analyses biomédicales .Master en management administration des entreprises –Institut d'administration des entreprises -2005-2006.
6. Brahmia B: la dynamique du système de santé algérien, bilan et perspectives, Thèse de doctorat de sciences économiques, Université de Montpellier 1 - 1991.
7. Magali PIRSON : Apports de la Comptabilité Analytique par Cas et Pathologie à la Gestion Hospitalière. Thèse présentée en vue de l'obtention du titre de Docteur en Sciences de la Santé Publique. Année 2006.

Communications /Articles :

- 1-Prof.Ahmed TOUIL « Problématique de la consommation des biens publics collectifs »-Revue IDARA-N°21-Année 2001-Alger.
- 2.Kaddar M.:RESSMA (réseau économique et système de santé au Maghreb .les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement :quels enseignements tirés des expériences des dix dernières années .Alger colloque -2004.
3. Ouchtati M, Bouhroum A,Aberkane A: Système d'information et audit des outils au service de la qualité des soins. Jam n°3 vol VIII Mai - Juin 1998; p:300.
4. Saltman RB./Figueras J. :European Health and reform analysis of current strategies .WHO ,Regional publications ,European series ,n°7,1997.
5. Berman Peter A. Health sector reform :Making health development sustainable ,HSPH-Harvard university press.P.15-1995.
- 6.Ouchati M: Qualité des soins ,méthodes et outils .Sotrimp-2002.
- 7.Killian R :Aperçu synoptique des travaux DE PHR en réforme hospitalière et développement de système d'information enAfrique de l'ouest et du centre (document de travail) Bethesda MD. :Partnerships for Health reform project-janvier- 2001.
- 8.Lamri L. : Réforme hospitalière .Les cinq plaies du système de gestion –communication-2002.
- 9.Ministère de la Santé : L'application d'une politique de réforme dans le système de santé en Algérie. Document de synthèse-Alger -1990.
- 10.Ministère de la Santé : Conférence Nationale sur la réforme du système de santé et de la sécurité sociale. Actes-1990.
11. Ministère de la Santé: Séminaire d'expert sur la réforme de système national de la santé et le plan de mise en œuvre. Compte rendu. Djanet, 17- 20 Décembre 1990. Alger: Ministère de la Santé,1990.
12. Ministère de la Santé: Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière (CNRH), site ANDS.dz MSPRH-RH Alger 2003.
13. Ministère de la Santé: Avant projet de loi sanitaire soumis à concertation. Publié par site ANDS.dz MSPRH-RH Alger 2002.

Textes réglementaires et Journaux officiels :

- 1-Textes portant règlements de la comptabilité publique –Journal officiel -république Algérienne année.1990.(modification des textes antérieurs).
- 2-Décret N° 86/25 portant création et organisation des centres hospitaliers universitaires Nationaux. A.1986.
- 3-Arrêté interministériel portant fixation de la valeur monétaire relative aux actes professionnels des médecins, chirurgiens, pharmaciens et auxiliaires médicaux –Ministère de la santé -1986.
- 4-Arrêté interministériel portant fixation des prix de journées d'hospitalisation par service-Ministère de la santé-1987.
- 5-Projet de statut portant nouvelles règles de gestion des établissements de santé publique –octobre -1996.
6. Brahmia B: la santé entre économie et médecine, Revue des sciences Humaines, n° 10, Université de Constantine, 1999.
- 7.Chakou A: Rapport sur la réorganisation et le renforcement des services d'urgences médico-chirurgicales en Algérie, Ministère de la Santé et de la Population, Alger, inédit, 1994.