

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

Département des Sciences Economiques

MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences
Economiques
Spécialité : **Economie de la santé**

Thème

Etude de l'impact du nouveau système de triple
comptabilité hospitalière (3COH) sur la gestion des
hôpitaux publics
Cas du CHU de BEJAIA

Présenté par : LAKAB Habiba
OUAKKOUCHÉ Amina

Sous la direction de Mr : CHABANE Lounis

Devant le jury composé de :

- **Président : Mr ZOUAOUA Mohamed Djamil**, maître assistant, université de Béjaïa
- **Examinateur : Mr MOURI Mouhand Ouali**, Maître assistant, Université de Béjaïa.
- **Rapporteur : Mr CHABANE Lounis**, maître assistant, université de Béjaïa.

Promotion 2012/2013



Remerciements

Nous remercions tout d'abord Dieu, le tous puissant de nous avoir accordé santé, courage et foie.

Au terme de la réalisation de ce travail, nous tenons à remercier M^{er} CHABANE Lounis d'avoir accepté de nous encadrer, pour son aide, sa disponibilité, ces encouragements et surtout pour ces qualités humaines et professionnelles.

Nos remerciements s'adressent également à tout le personnel de bureau du centre de calcul de l'hôpital Khellil Amrane de Béjaïa, plus particulièrement au chef de service KAMELI Boualem Et à Madame GHARBI directrice des ressources humaines.

Nous remercions également tous les enseignants (es) de l'Université de Béjaïa, plus particulièrement ceux du département des sciences économiques, et plus exactement ceux chargés de l'option Economie de la Santé, qui ont participé activement à notre formation.

A tous nos amis (es) et à toute personne ayant contribuée à la réalisation de ce travail.



DEDICACES

Je dédie ce modeste travail aux personnes les plus chères à mon cœur :

- ❖ *À Mon défunt Père Hacen.*
- ❖ *À ma très chère mère Fatima.*
- ❖ *À mes frères : Samir, Lyes, Sofiane.*
- ❖ *À tous mes chers Grands Parents.*
- ❖ *À toute la famille : LAKAB, KERKAR*
- ❖ *À tous mes oncles et mes tantes*
- ❖ *À tous mes cousins et cousines.*
- ❖ *À tous mes amis (es) essentiellement : Lamia, Sabiha, Sabrina, Fares, Chafaa et spécialement Sofiane*
- ❖ *À ma binôme : Amina*

Enfin, à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, que ce soit par leur amitié et leurs conseils.

L. Habiba



DEDICACES

Je dédie ce modeste travail aux personnes les plus chers à mon cœur :

- ❖ *À mon Père Khellil et ma Belle-mère Hayette.*
- ❖ *À ma très chère Mère Yasmina et son Mari.*
- ❖ *À mes frères : Abdelkrim, Abdeslem, Rayen, Dani et Mehdi.*
- ❖ *À mes sœurs: Siham, Lynda et Imen.*
- ❖ *À tous mes chers Grands Parents.*
- ❖ *À toute la famille : Ouakkouche, Mazir, Diaba.*
- ❖ *À tous mes tantes et mes oncles.*
- ❖ *À tous mes cousines et cousins surtout ma très chère Myriam.*
- ❖ *À tous mes amis (es) essentiellement : Nessriene, Imene, Zineb, Badis, Anissa et spécialement Zaki.*
- ❖ *À ma binôme : Habiba.*

Enfin, à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, que ce soit par leur amitié et leurs conseils.

O. Amina

LISTE DES ABREVIATIONS

3COH : Triple Comptabilité Hospitalière

ABC : Activât Based Costing

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

BAM : Bordereau des Activités Mensuelles

CHU : Centre Hospitalo-universitaire.

CM : Conseil Médical

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale

CTS : Centre de Transfusion Sanguine

DA : Dinars Algérien

DCI : Dénomination Commune Internationale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DMSH : Durée Moyenne du Séjour Hospitalier

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

EPH : Etablissement Public de Santé

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité

ERP : Enterprise Resource Planning

GHM : des Groupes Homogènes de Malades

JH : Journée d'Hospitalisation

MSPRH : Ministère de la Santé Publique et de la Réforme Hospitalière

NRS : Nombre de Repas Servis

OPS : Organisation de Production de Soin.

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PCEPA : Plan Comptable Et Plan Analytique

PCH : Plan Comptable des Hôpitaux

PGI : Progiciel de Gestion Intégrée

PH : Praticien Hospitalier

PIB : Produit Intérieur Brut

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

RMO : Les Références Médicales Opposables

RSS : Résumé Standardisé de Séjour

SARL : Société à Responsabilité Limitée

SCF : Système Comptable Financier

SIDA : Syndrome Immuno Déficitaire Acquis

SIG : Système Intégré de Gestion

SIH : Système d'Information Hospitalier

SNC : Séance de Consultation

SPH : Service Public Hospitalier

T2A : Tarification à l'Activité

TOM : Taux d'Occupation Moyen des lits

TR : Tarif de Référence

UDS : Unité de Dépistage et de Suivi

UMS : Utilitaire de Maintenance du Système

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE.....	01
 CHAPITRE I : GENERALITE SUR L'ETAT DE LA GESTION HOSPITALIERE	
I. Présentation et fonctionnement des établissements de santé.....	04
II. Dépenses et mécanismes de financement de la santé en Algérie	11
III. Système d'information hospitalier.....	32
IV. Contrôle de gestion en milieu hospitalier.....	38
 CHAPITRE II : LA MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE TRIPLE COMPTABILITE HOSPITALIERE	
I. Généralité sur triple comptabilité hospitalière.....	57
II. Organisation et principe de fonctionnement du système 3COH.....	64
III. Les étapes de mise en œuvre du système 3COH.....	76
IV. Fonctionnement des modules : cas du module comptabilité analytique.....	81
 CHAPITRE III : L'EXPERIENCE DE MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE TRIPLE COMPTABILITE HOSPITALIERE AU SIEN DU CHU DE BEJAIA	
I. Présentation de l'organisme d'accueil	93
II. Présentation du service « centre de calcul ».....	97
III. Eude de cas : comptabilité analytique.....	105
IV. Limités du système 3COH.....	116
CONCLUSION GENERALE.....	121
ANNEXES.....	123
LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS.....	136
BIBLIOGRAPHIE.....	138
TABLE DES MATIERES.....	143

INTRODUCTION GENERALE

Le système de santé est caractérisé par une grande diversité et complexité des structures, sur le plan juridique et financier. C'est un ensemble d'institutions qui a pour objectif l'amélioration de la santé de la population. Il contribue ainsi aux soins et à la prévention. Le secteur libéral coexiste avec le secteur public ; l'État et les collectivités territoriales ont un rôle important de décision et de contrôle.

Le système de santé doit répondre aux demandes des usagers tout en étant efficents au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins. Son organisation se trouve au cœur des débats sur la réforme de la santé.

Au sein de l'hôpital, il existe plusieurs fonctions et les relations entre elles sont plus complexes, que le personnel doit maîtriser. La maîtrise des coûts est parmi ces fonctions, et le service comptable développe les méthodes de calculs selon les besoins.

Actuellement, il n'existe au sein des établissements hospitaliers qu'une seule comptabilité : la comptabilité budgétaire dite "de caisse" qui retrace l'exécution des dépenses budgétaires, au moment où elles sont payées et l'exécution des recettes, au moment où elles sont encaissées.

Pour faciliter et illustrer le système comptable appliqué au sein de l'hôpital, le ministère de la santé a opté pour l'application d'une nouvelle méthode de calcul appelé « Le système de triple comptabilité hospitalière » sur la base d'un logiciel : 3 COH.

Le système de management de l'hôpital doit disposer d'une comptabilité générale servant comme outil de base au pilotage de la performance, alimentant même la comptabilité analytique hospitalière par le biais de la production périodique de différents documents comptables et financiers.

Pour cela, l'Algérie a élaboré des programmes pour renforcer les compétences des dirigeants hospitaliers et mis en place des procédures modernes de gestion hospitalière, qui visent notamment à rendre la gestion des hôpitaux plus rationnelle et à permettre ainsi une amélioration des systèmes d'informations et à renforcer leur efficacité.

Notre objectif à travers ce mémoire est d'essayer d'expliquer l'état de la gestion hospitalière d'un hôpital public et la mise en œuvre de 3COH à la place de la comptabilité

existant afin de remédier à certains nombres de dysfonctionnements des hôpitaux publics, et en particulier au niveau de l'hôpital Khalil Amrane .Nous essayerons de répondre à la question principale suivante :

Le nouveau système 3COH permettrait-il d'ajuster quelques déficiences de gestion de l'hôpital public ?

Traiter de cette question principale revient à discuter d'un certain nombre de questions de fonds sur lesquelles il est nécessaire de se faire une opinion aussi juste que possible, parmi les quelles on peut citer :

- Quelles sont les déficiences actuelles du système de gestion de l'hôpital public, principalement dans sa composante informationnelle ?
- Le système 3COH est-il la bonne réponse aux problèmes d'information de l'hôpital public?
- Quelles sont les conditions préalables à la mise en œuvre du système 3 COH, notamment en matière de plan de formation des personnels, de sensibilisation et d'informatisation ?
- Quelles sont les solutions apportées par le système 3 COH, en matière de collecte, de traitement et de mise en valeur de l'information ?

Ce modeste travail tente d'étudier les problèmes inhérents à la phase de mise en place du système 3COH dans les hôpitaux algériens ; nous tenterons ici d'extrapoler des conclusions à partir de l'analyse du cas particulier de l'hôpital Khellil Amrane de Béjaïa.

Afin de répondre aux questions posées précédemment, nous avons formulé deux hypothèses permettant de préciser les axes d'investigation retenus dans cette étude :

- La méthode de triple comptabilité hospitalière contribuera largement à l'amélioration du fonctionnement et de la performance de l'hôpital public sur réserve de la formation du personnel.
- La mise en place de ce nouveau système de calcul des coûts est de nature à faciliter le passage d'une gestion administrative des hôpitaux à un véritable management fondé sur des règles scientifiques.

Pour mener à bien notre recherche, nous avons effectué une recherche bibliographique et documentaire relative au thème, et nous avons aussi consulté des sites internet, et pour combler le manque et les insuffisances de la documentation, nous avons aussi consulté des articles extraits de revues spécialisées en contrôle de gestion hospitalier, des rapports du ministère de la santé, mais aussi des thèses de Doctorats, des mémoires de Magistère des travaux de recherches très documentés sur la comptabilité et la gestion hospitalière. En outre, le stage pratique nous a permis, dans une première phase, de faire un diagnostic du système de triple comptabilité hospitalière à l'hôpital Khellil Amrane de Béjaïa pour comprendre son fonctionnement sur le terrain.

Notre plan de travail est décomposé en trois chapitres. Le premier s'intitule « généralités sur l'état de la gestion hospitalière ». Ce chapitre porte sur quatre aspects. Nous nous intéresserons premièrement à la présentation et fonctionnement des établissements de santé. Ensuite, nous présenterons les dépenses et mécanismes de financement de la santé en Algérie. Puis, nous nous intéresserons au système d'information hospitalier. Enfin, nous clôturerons ce chapitre par le contrôle de gestion hospitalier.

Le deuxième chapitre s'intitule " la mise en place du système de triple comptabilité hospitalier". Dans ce chapitre, nous présenterons d'abord les généralités sur le système de triple comptabilité hospitalière. Ensuite, nous exposerons les organisations et principes de fonctionnements. Puis nous nous intéresserons aux étapes de mise en œuvre du système de 3 COH. Enfin, nous terminerons ce chapitre par le fonctionnement des modules : cas de la comptabilité analytique.

Le troisième chapitre, s'intitulé « l'expérience de mise en œuvre du système de triple comptabilité hospitalière au sien du CHU de Béjaïa ». Ce dernier chapitre nous permettra de confronter le potentiel théorique du nouveau système et sa mise en œuvre concrète sur le terrain. Après avoir présenté l'établissement d'accueil, de l'hôpital CHU Khellil Amrane de Béjaïa, ainsi que les fonctions principales du « centre de calcul » chargé de l'application et de la mise en œuvre du système 3COH , Ensuite, nous exposerons un étude de cas sur la comptabilité analytique . Enfin, nous terminerons ce chapitre par les limites et les difficultés du système 3COH.

INTRODUCTION

Le fonctionnement de l'hôpital a été profondément transformé au cours des années 2000, avec la mise en place des pôles d'activité et d'une nouvelle gouvernance hospitalière. Il repose sur une étroite collaboration entre les différentes instances en participant à la gestion de l'établissement.

L'évolution des dépenses de santé et les modalités de leur prise en charge sont au cœur de nombreuses réflexions et débats actuels dans la plupart des pays. L'Algérie a connu l'émergence du problème des coûts de la santé et de leur évolution alarmante à partir de la fin des années 1980, suite au ralentissement de la croissance économique et à la contraction des ressources nationales ainsi qu'aux difficultés de financement des caisses de la sécurité sociale.

L'informatique ne cesse d'envahir les différents domaines des activités humaines. Cela s'explique par son apport incontestable pour ceux qui l'utilisent. En effet, cet outil permet entre autre l'automatisation des traitements, l'échange d'information soit en temps réel ou soit en différé, la conservation des données, l'exécution rapide des tâches, etc.

Le système de gestion des performances doit ainsi, selon les initiateurs, permettent de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats fondée sur la confiance et la responsabilisation des gestionnaires.

Le présent chapitre est composé de quatre sections. La première section sera consacrée à une présentation et classification des établissements de santé et leurs fonctionnements. La deuxième section aborde l'analyse de la situation financière d'un hôpital. Cette analyse porte sur la détermination des facteurs de l'explosion des dépenses de santé et leurs évolutions et les outils de maîtrise de ces dépenses en Algérie. La troisième section portera sur le système d'information hospitalier (SIH) ; elle présente les différents objectifs de l'installation du SIH. Enfin, la quatrième section sera consacrée au contrôle de gestion dans le milieu hospitalier. Cette section porte sur la présentation de différents outils utilisés pour la mise en œuvre de la fonction contrôle de gestion.

I. PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Il s'agit de l'ensemble des institutions ayant pour activité principale la prestation de soins, contrairement aux établissements sociaux et médico-sociaux. On distingue les établissements de soins de courte durée (ex-court séjour : affections graves nécessitant des soins en aigu), ceux de soins de suite et de réadaptation (ex-moyen séjour : surveillance et soins continus en vue d'une réinsertion des malades) et ceux de soins de longue durée (ex-long séjour : hébergement des personnes dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale permanente et des traitements d'entretien).

1. Présentation et missions de l'hôpital

Il est intéressant de présenter l'institution hospitalière et l'ensemble des missions de cette dernière de part sa mission publique, elle joue un rôle prépondérant dans la vie sociale. A nos yeux l'hôpital d'aujourd'hui n'est pas le même que celui qu'a connue l'Algérie de l'ère coloniale et même post coloniale.

1.1. Présentation de l'hôpital

La dimension collective de l'accueil des malades s'est traduite par la création des établissements de santé qui se sont structurés et organisés à fin de répondre aux besoins de la population par le traitement des pathologies identifiées.

1.1.1. Définition d'un Établissement de Santé

L'établissement public de santé est une entité autonome dotée d'une personnalité civile, régie par la législation commerciale, administrée par un conseil d'administration, dirigée par un directeur général et soumise à la tutelle de l'État. Les attributions du conseil d'administration et du directeur général sont fixées par décret.

L'hôpital est une organisation de production de soins (OPS). Il fournit des prestations de diagnostic et de traitement, plus ou moins spécialisés qui exigent des plateaux techniques plus ou moins sophistiqués. Il fonctionne comme un élément du système national de soins.

1.1.2. Historique de l'hôpital

L'hôpital a été créé à partir des étapes suivantes :

– **Du moyen Age à 1945 : de la charité à la technicité**

Un retour sur les origines de l'hôpital et de ses fonctions sociales montre l'imbrication profonde de l'assistance aux malades les plus démunis. Mais il a fallu attendre la naissance des cliniques pour que l'hôpital soit vraiment investi par la médecine et les médecins et que l'on commence réellement à y soigner les corps malades.

– **L'hôtel de dieu : une mission religieuse**

En occident, à partir de VI^{ème} siècle, les fondations chrétiennes vont commencer à se multiplier. Elles restent modestes par rapport aux fondations byzantines qui pouvaient accueillir des centaines de malades. Ces fondations ne donnent pas lieu à de nouvelles constructions et sont le plus souvent situés dans des maisons offertes par des riches croyants appelés « Maison Dieu » ou « Hôtel Dieu », mais contenaient aucun médecin. L'assistance consistait essentiellement à nourrir et héberger les plus pauvres.

Parallèlement à la création des hôtels de dieu, dès VII^{ème} siècle les monastères ont développé des structures d'accueil que l'on appelé des « Hospitalia » où les pauvres pouvaient se faire héberger et se soigner à l'aide des monastères qui se sont spécialisés dans la médecine traditionnelle (médecine de plante).

Les hôtels de dieu se dégradent peu à peu jusqu'à la création de 1^{er} hôpital par Louis VI^{ème} au XVII^{ème} siècle appelé Hôpital général, il rassemble dans le même lieu, les malades, les enfants abandonnés, les mendiants ..., et c'est à partir de ce moment que l'hôpital devient un outil de l'action sociale.

1.1.3. Classification des établissements de santé

On peut classer les établissements de santé selon leur statut (public ou privé), ces établissements sont hiérarchisés sur quatre niveaux :

- **Les hôpitaux généraux**

Le type le plus connu d'hôpital est l'hôpital général, qui est mis en place pour faire face à de nombreux types de maladies et de blessures. Il a généralement un service d'urgence pour faire face à des menaces immédiates pour la santé et la capacité d'envoyer des services médicaux d'urgence. Un hôpital général est souvent le principal établissement de soins de santé dans sa région, avec un grand nombre de lits pour soins intensifs et de soins de longue durée, et des installations spécialisées pour la chirurgie, la cardiologie et la neurologie.

- **Les hôpitaux spécialisés**

Les hôpitaux spécialisés sont les centres de traumatologie, des hôpitaux réhabilités pour personnes âgées (gériatrie),... Ils ont pour objectifs de faire face aux besoins médicaux spécifiques, tels que des problèmes psychiatriques.

- **Les hôpitaux universitaires**

Un hôpital d'enseignement (ou hôpital universitaire) combine l'aide aux patients à l'enseignement aux étudiants en médecine et qui est souvent lié à une école de médecine. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont les centres hospitaliers ayant une convention avec une faculté de médecine.

- **Les cliniques**

Un service médical plus petit qu'un hôpital est appelé clinique et est souvent gérée par des personnes désignées par le ministère de la santé dans le cadre du public ou d'un partenariat privé des médecins (dans les pays où le secteur privé est autorisé). Les cliniques ne fournissent généralement que des services ambulatoires.

1.2. Missions de l'hôpital

L'OMS a envisagé quatre fonctions théoriques de l'hôpital:¹

¹ OMS : Hôpitaux Et Santé Pour Tous, Rapport Technique N°744, Genève, 2011, p 26.

1.2.1. Les soins directs aux patients

Théoriquement, l'hôpital doit prendre en charge les problèmes de santé qui, pour des raisons techniques, économiques ou opérationnelles, ne peuvent être pris en charge au niveau primaire. Il doit participer également à la synthèse et à l'évaluation des épisodes morbides. Cette prise en charge est réalisée principalement à travers la fonction de diagnostic et la fonction thérapeutique de l'hôpital.

1.2.2. La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé

Pour assurer la continuité des services, les hôpitaux doivent, tout en soignant des malades, participer à la coordination des activités des programmes sanitaires et au suivi et la prise en charge des cas dépistés (urgences obstétricales et néonatales, certaines grossesses à risque, les malnutritions etc.). Ils peuvent par la même occasion apprécier la qualité des références à des fins d'amélioration.

1.2.3. La formation et l'encadrement de la personne

Pour les raisons susmentionnées, l'hôpital constitue un lieu approprié pour assurer la formation continue du personnel. L'encadrement se fait directement sur le terrain ou par un moyen de communication.

1.2.4. Le Soutien administratif et gestionnaire

Les fonctions de gestion comprennent l'allocation et le contrôle des ressources, l'action intersectorielle de santé, le développement et le déploiement du personnel, l'achat et la distribution des fournitures, enfin, la planification, la surveillance et l'évaluation de la situation sanitaire et des services de santé grâce à un système d'information efficace et à la recherche. Ainsi, appréhender l'hôpital comme élément d'un système de santé suppose de le définir par rapport aux autres niveaux de l'offre de soins.

2. Fonctionnement et gestion d'un hôpital public

La gestion d'un hôpital se situe à plusieurs niveaux :

2.1. Les organes de décisions de l'établissement public de santé

L'EPH est administré par un Conseil d'Administration et dirigé par un directeur. Il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil médical » (CM)².

2.1.1. Le Conseil d'Administration

Il est composé de plusieurs catégories de membres à savoir les représentants des collectivités territoriales, du personnel, des personnalités qualifiées nommées pour trois ans par le directeur de l'ARH et des représentants des usagers. Ce conseil délibère sur les documents de planification et les documents budgétaires qui comprennent : le projet d'établissement (les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens que l'établissement à fixé) ; le projet médical ; le projet social. Ce conseil délibère aussi sur les questions relatives à l'organisation de l'établissement et ses relations avec les autres établissements publics de santé.

2.1.2. Le directeur

Il dirige l'établissement public de santé et est son représentant légal. Il est l'exécutif de l'établissement public de santé, notamment dans les délibérations du Conseil d' Administration. Il est l'ordonnateur des dépenses et des recettes, et dispose d'un pouvoir de nomination.

2.1.3. Le conseil médical

Le conseil médical est composé de :

2.2. Le regroupement des services, des départements et des unités fonctionnelles

Ils peuvent être regroupés en fédération avec l'accord des chefs de service, ou de départements intéressés en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, d'une gestion commune de lits (ou équipements) ou d'un regroupement des moyens en personnel.

2.2.1. L'unité fonctionnelle

C'est l'unité de base de l'organisation hospitalière qui est placée sous la responsabilité d'un Praticien Hospitalier (PH).

² Décret exécutif N°07-140du 02 Jounada 1428 correspondant au 19 mai 2007 pourtant création, organisation et fonctionnement des EPH et des EPSP.

2.2.2. Le service de soins infirmier

Dans chaque établissement est créé un service de soins infirmier qui regroupe l'ensemble du personnel qui participe à la mise en œuvre des soins infirmier et dont la direction est confiée à l'infirmier général. Ce service a pour mission de développer la recherche en soins infirmier et de mettre en place de nouveaux outils d'organisation et de gestion dans ce domaine.

2.3. Les instances consultatives de l'établissement public de santé

Les instances consultatives de l'établissement public de santé sont composées de deux catégories à savoir : la commission médicale d'établissement (CME) et le comité technique d'établissement.

2.3.1. La commission médicale d'établissement

Elle représente les personnels médicaux, déontologiques et pharmaceutiques de l'établissement. Son président, élu, est l'interlocuteur du directeur pour toutes les questions médicales. Il est de droit membre du conseil d'administration. Ces attributions :

- Elle prépare avec le directeur de l'établissement ; le projet médical qui défini pour une période maximal de 5 ans, les objectifs médicaux de l'établissement
- Elle prépare, également les mesures d'organisation des activités médicales, déontologique et pharmaceutiques.

2.3.2. Le comité technique d'établissement

Il est présidé par le directeur, est composé de représentants du personnel non hospitalier relevant de la fonction public hospitalière, élus par les collèges définis selon l'appartenance des agents aux catégories A (emploi direction), B (emploi d'encadrement, C'est et D (personnel d'organisation). Il est obligatoirement consulté sur le projet d'établissement, le projet social, le budget et le rapport annuel d'orientation.

2.4. Les instances consultatives spécialisées

Les instances consultatives spécialisées sont regroupées deux catégories de comités :

2.4.1. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales

Il est chargé de coordonner l'action des professionnels de santé en matière de prévention et de surveillance des infections nosocomiales, de préparer chaque année avec l'équipe d'hygiène hospitalière, le programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales. Et enfin, d'élaborer le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales.

2. 4.2. Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Condition de Travail

Ils sont constitués dans des établissements publics de santé qui emploient au moins 50 agents. Il a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale, ainsi qu'à la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par les entreprises extérieures. Il doit également veiller à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité.

II. DEPENSES ET MECANISMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE

Les dépenses de santé en Algérie continuent d'accroître d'une année à une autre pour atteindre 185 Milliards de Dinars en 2011³. Le financement de la santé demeure une préoccupation primordiale, du fait de l'insuffisance des ressources et l'accroissement continual des besoins. Les raisons qui ont contribué à l'explosion des dépenses de santé en Algérie sont dues aux changements apparus dans les relations entre d'une part les systèmes de santé et les systèmes économiques qui les portent et d'autre part aux évolutions propres aux systèmes de soins en Algérie: croissance rapide des effectifs médicaux,...etc. l'Algérie est actuellement en pleine transition épidémiologique et démographique. Cette évolution induit une modification des besoins sanitaires de la population. Ainsi, d'autres facteurs tels que : la dépendance aux importations de médicaments,...etc.

Dans ce contexte, le but recherché de cette réflexion est de tenter d'analyser les dépenses de santé en Algérie. Pour y parvenir, nous essayerons de retracer l'évolution des dépenses de santé, d'évaluer les principaux facteurs de croissance de ces dernières. Nous ferons également, le point sur les réformes entreprises pour contenir l'augmentation de ces dépenses ainsi que leur impact en matière de maîtrise de ces dernières.

³ Snoussi Zoulikha et Zouanti Mohamed : « *L'explosion des dépenses de santé en Algérie : déterminer les raisons pour contenir le problème* », Algérie ; cinquante d'expériences de développement, Etat-Economie-Société, Alger, 2012.

1. Evolution des dépenses de santé en Algérie

Notre étude portera sur les dépenses de santé publiques allouées par le ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière aux structures publiques de santé malgré l'existence des dépenses de santé au niveau de tous les départements ministériels.

1.1. Les dépenses nationales de santé

D'après les chiffres de la banque mondiale en 2006⁴, les pays à revenu élevé consacrent en moyenne 7,7% de leur PIB aux dépenses de la santé, dans les pays à revenu intermédiaire, ces dépenses représentent 5,8% du PIB. Les pays à faible revenu ne dépensent que 4,7% de leur PIB dans la santé.

En Algérie, les dépenses nationales de santé rapportées au PIB ont connu une progression non régulière en passant de 3,5% en 1979 à 6% en 1988 et 3,5% en 2005. Cette diminution des dépenses de santé a été le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre du PAS : la limitation des embauches et l'investissement dans le secteur de la santé. Mais à partir de 2006, celles-ci n'ont pas cessé d'évoluer pour atteindre 7,32 % en 2011. Cela est dû à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne ces dernières années. En valeur, les dépenses nationales de santé ont connu d'importantes augmentations, elles ne représentaient que 1,852 milliards de DA en 1979 pour passer à 19,822 milliards DA en 1988. Soit une multiplication par 10,7 au cours de cette période. Depuis 1992, ce chiffre enregistre une croissance sans cesse, pour atteindre 83,680 milliards DA en 1995, 143,870 en l'an 2000, plus de 267,795 milliards DA en 2005 et plus de 679,262 milliards DA en 2009. Ces dépenses sont majoritairement des dépenses publiques.

⁴ Banque Mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, Banque mondiale, rapport n° 36270-dz, Volume 1, août 2007, P.172. In/ www.worldbank.org

Tableau N° 01 : Evolution des dépenses de santé en Algérie

Années	Dépenses nationales de santé en dinars courant	Taux d'évolution en %	Dépenses nationales de santé en dinars constants	Dépenses de santé en % de PIB
1974*	847,3	-	-	-
1979*	1 852	118,58	-	3,5**
1983*	4 278,70	131,03	-	4,2**
1986*	8 140	90,24	-	5,2**
1987*	10 126	24,39	-	5,4**
1988*	19 822	95,75	-	6
1992*	42 667	115,25	21 603,54	4,07
1994*	59 970	40,55	18 959,85	4,02
1996	84 088	40,22	17 202,95	3,28
1997	98 200	16,78	18 942,90	3,55
1998	115 009	17,12	20 884,15	4,13
1999	121 062	5,26	21 533,62	3,82
2000	143 870	18,84	25 750,85	3,51
2005	253 980	15,96	38 948,01	3,36
2008	294 970	5,41	40 950,99	3,30

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

* : Kaïd Tlilane N. : Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques. Université d'Alger, 2003. p 88.

** : Oufriha F.Z., Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie Alger. OPU, 1992. P 155.

1.2.1. Evolution du budget de fonctionnement des établissements sanitaires publics

Les dotations budgétaires des établissements sanitaires publics ont connu une évolution différente selon que ce soit en dinars courants ou en dinars constants, durant la période allant de 1991 à 2006 (cf. tableau 02 et 03). En dinars courants, les dotations budgétaires enregistrent une progression importante, elles passent de 20,1 milliards de DA en 1991 à 111 milliards de DA en 2006, soit un indice d'évolution de 552,25 sur la base 100 en 1991. Cette augmentation est due

essentiellement à l'inflation. Par contre, en dinars constants, les dotations ont subit une baisse croissante de 1991 à 1997 puis une hausse relative et continue jusqu'en 2006 pour atteindre un montant de 16,72 milliards de DA.

Tableau N° 02 : Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement en Algérie (en dinars courants).

Années	Budget total en milliers de DA	Indice d'évolution (en %)	Budget accordé aux secteurs sanitaires et aux EHS		Budget accordé aux CHU	
			En milliers de DA	En %	En milliers de DA	En %
1991	20 100 000	100	-	-	-	-
1992	26 006 000	129,38	-	-	-	-
1993	26 361 8	313,15	-	-	-	-
1994	30 630 492	152,39	-	-	-	-
1995	36 729 280	182,73	26 382 812	-	10 346 468	-
1996	43 616 473	216,99	31 009 550	71,09	12 606 923	28,90
1997	43 064 610	214,25	30 001 010	69,66	13 063 600	30,33
1998	48 189 030	239,74	37 033 430	76,85	11 155 600	23,15
2000	54 323 850	270,26	-	-	-	-
2004	95 775 085	476,49	-	-	-	-
2006	111 003 110	552,25	84 807 545	76,4	26 195 265	23,59

Source : Données fictives fournies à des fins d'illustration uniquement

Kaïd Tlilane N, L'impact de la crise économique et de la privatisation de l'exercice médical sur la santé publique en Algérie, Revue santé publique et sciences sociales n°11 et 12, édition .Dar El Gharb, Oran, décembre 2004, p.5. Statistiques sanitaires du MSPRH, édition 2002, 2004, 2006, 2008 et 2009.

Pour les dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissements, nous constatons, selon le tableau 03, une tendance à l'augmentation des parts relatives aux secteurs sanitaires et EHS qui atteignent 76,4% du total des dotations en 2006, soit une dépense totale de 84,80 milliards de DA. Contrairement aux CHU qui utilisent 23,59% du budget total consacré à la santé, soit un montant de 26,195 milliards de DA. Ce qui le renforcement de soins

de santé de base comme principe fondamental de la politique nationale de santé, principe retenu comme deuxième priorité de la santé après l'engagement résolu en faveur de la prévention.

Tableau N° 03 : Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement en Algérie (en dinars constants) : budget de fonctionnement.

Années	Budget total en milliers de DA	Budget accordé aux secteurs sanitaires et aux EHS en milliers de DA	Budget accordé aux CHU en milliers de DA
1991	13 328 912	-	-
1992	13 167 594	-	-
1993	10 974 937	-	-
1994	9 684 000	-	-
1995	9 042 166	-	-
1996	8 923 173	6 344 015	2 116 707,86
1997	8 307 216	5 787 231	2 431 891,01
1998	8 750 504	6 724 792	2 372 180,86
1999	9 630 675	7 414 342	1 984 276,06
2000	9 723 259	-	-
2004	15 040 057	-	-
2006	16 719 853	12 774 144	3 945 664,26

Source : Kaïd Tlilane N. : L'impact de la crise économique et de la privatisation de l'exercice médical sur la santé publique en Algérie, Revue santé publique et sciences sociales n°11 et 12, édition .Dar El Gharb, Oran, décembre 2004, p.5. Statistiques sanitaires du MSPRH, édition 2002, 2004, 2006.

En dinars constants, les dotations budgétaires ont subi une certaine diminution passant de 13,3 milliards en 1991 à 8,9 milliards de DA en 1997, soit un taux de régression de 66,94% puis ont augmenté pour atteindre 16,7 milliards de DA en 2006. Ces dotations budgétaires sont réparties entre les structures publiques de santé par type d'établissement (secteurs sanitaires, EHS et CHU). Nous remarquons que les budgets accordés aux secteurs sanitaires et aux EHS s'accaparent plus 70 % de ces budgets. En effet, la part relative aux secteurs sanitaires et aux

EHS atteigne 76,4 % en 2006. Tandis que le CHU utilise presque un quart du budget accordé à la santé (23,59 %).

2. Les mécanismes de financement de la santé

Le financement de la santé constitue une préoccupation importante pour l'ensemble des pays et fait l'objet de plusieurs débats dans le monde. En Algérie, le problème du financement du système de soins se pose avec une extrême acuité et devient une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et la population.

2.1. Les sources de financement de la santé

La participation des différentes sources de financement du système de santé national, a sensiblement changé depuis les années 70, dont on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale et au détriment des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé.

Le secteur de la santé en Algérie est financé essentiellement par trois grandes sources :

- ✓ **L'Etat** : c'est le garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. L'Etat prend en charge, par l'intermédiaire des ressources fiscales, les dépenses de prévention, de formation et de recherche médicale, ainsi que les soins prodigués aux indigents, aux démunis et ceux ne disposant d'aucune couverture maladie. A cela s'ajoute, la contribution des établissements publics sanitaires et hospitaliers ainsi que la dotation en équipements qui sont également pris en charge par l'Etat.
- ✓ **La sécurité sociale** : La participation de la sécurité sociale au financement des établissements publics prend, principalement, la forme d'une dotation forfaitaire, appelée « *forfaits hôpitaux* », qui est versée au budget des établissements publics de santé, au titre des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit.
- ✓ **Les ménages** : Faire participer les ménages au financement de la santé est l'une des politiques les plus répandues à l'échelle mondiale pour responsabiliser les usagers, réduire la demande de service de santé et surtout la surconsommation. La participation des usagers prend la forme de tickets modérateurs restant à la charge des patients, de paiement à l'acte ou de contribution même insignifiante lors des soins prodigués au niveau des établissements publics de

santé. Il existe d'autres sources diverses pour le financement d'un hôpital, par exemple le hôpital peut avoir comme source les locations des logements de l'établissement.

Tableau N° 04 : Les sources de financement de la santé en % des dépenses totales de santé

Années	Etat	Sécurité sociale	Ménages
1974	76,51	23,49	0
1979	60,88	38,58	0,54
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,6	61,4	2
1987	34,21	64,2	1,59
1988	27,5	51,2	21,3
1992	30,5	38,87	29,3
1994	34,5	37,1	27
1996	38,45	35,64	25,9
1997	37,93	32,57	29,5
1998	34,09	39,7	26,2
1999	42,56	29,33	28,1
2002	48,42	26,88	24,7
2003	50,38	27,01	22,6
2006	53,8	27,4	18,8
2009	55,2	31	13,8

Source : Kaïd Tlilane N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57, Editions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004, p.116
 OMS, rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006.In www.who.int
 OMS : Rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010. In www.who.int

A partir de l'année 1999, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé. Cette situation est le fait de l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières où le prix du baril

de pétrole a connu des augmentations continues atteignant 28,9 dollar en 2003 à 65,40 dollar en 2006⁵. (CF. Tableau 04). De plus, les dépenses des ménages commencent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé algérien, elles représentent en 2005 un quart des dépenses totales de santé. Les patients algériens ont de plus en plus recours au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages.

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître. La part de l'Etat devient de plus en plus importante suite à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette date, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des ressources plus larges et qui permet à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé.

2.2. Répartition des dépenses de santé en Algérie

Lorsque nous suivons l'évolution des dotations budgétaires par poste de dépenses, nous remarquons que l'aspect curatif est favorisé au détriment de l'aspect préventif dans le système de santé Algérien.

La rémunération du personnel représente plus de deux tiers du budget de la santé. Ce poste de dépenses représentait 60% en 1985 et passe à 75,30% en 1992 puis à 48,84% en 2008. Cette régression qui a commencé depuis 1992, peut s'expliquer par l'émergence du secteur privé. En effet, la volonté politique de le développer est confirmée par le fait que les départs volontaires dans les établissements hospitaliers publics ne sont pas remplacés et que les postes sont supprimés. De plus, malgré la baisse enregistrée de la rémunération du personnel dans le total des dépenses de fonctionnement entre 1974 et 2006, les frais du personnel restent certainement le poste le plus important. En fait, ces frais sont passés de 36,92 milliards de DA en 2000 à 66,96 milliards de DA en 2006 soit un accroissement de 81,36%. A titre illustratif, les salaires dans un établissement hospitalier spécialisé ont augmenté de 44% pour un professeur, 49% pour un spécialiste, 34% pour une infirmière diplômée d'Etat entre 2002 et 2005.

En matière de dotations budgétaires des établissements sanitaires publics, nous constatons qu'elles ont connu une évolution différente, selon que ce soit en dinars courants ou en dinars constants durant la période allant de 1991 à 2009.

⁵ Ministère des finances : « *Le comportement des principaux indicateurs macroéconomiques et financiers* », ministère des finances, Alger, avril 2008. p 12. In : www.mf.gov.dz.

En dinars courants, les dotations budgétaires ont enregistré une forte augmentation. Elles sont passées de 20,1 milliards de DA en 1991 à 212,46 milliards de DA en 1991, soit un taux d'évolution de 957,03 % en espace de 18 ans. Cette augmentation est due principalement aux effets inflationnistes.

Les salaires dans les établissements publics de soins sont inférieurs à ceux perçus dans le secteur privé. Pour cela, de nombreux médecins profitent de la possibilité, qui leur a été offerte par la loi du 19 août 1998⁶, d'exercer une activité complémentaire dans le secteur privé pour améliorer leurs salaires. Aussi, le fonctionnement des hôpitaux publics est perturbé par le fait qu'une partie des professionnels concernés par cette loi ne respectent pas la limite d'une journée par semaine imposée et que leur double appartenance les incite, parfois, à orienter les patients en mesure de payer vers le secteur privé. Le rapport de 2003 sur la santé des Algériennes et des Algériens, établi par le MSPRH, indique ainsi que depuis la mise en application des textes concernant le temps complémentaire, les activités des établissements sont considérablement réduites à partir de 12H.

La part de la dépense des médicaments dans les dépenses de fonctionnement a connu une régression importante entre 1974 et 1990. Elle était passée de 17,7% à 6,3% en cette période, soit une diminution de deux tiers. A partir de 1990, cette part de dépense a augmenté significativement pour atteindre 23,44% en 2008. Cependant, ces dépenses ne répondent pas aux besoins nécessaires de médicament dans le secteur public qui enregistre des pénuries fréquentes.

La part des dépenses du poste « Matériel médical » est passée de 1,46% en 1992 à 5,34% en 2008 et celle du poste « Entretien » est passée de 1,03% à 4,15% durant la même période (cf. tableau 05). Durant les trois décennies qui ont suivi l'indépendance, l'Algérie a investi en équipements médicaux, mais les difficultés économiques des années 1990 n'ont pas permis de les maintenir, encore moins de les remplacer. Cette situation explique le fait que ces équipements soient souvent hors d'usage. Elle occupait 3% du budget global en 1996 contre 0,94% en 1992. Ces évolutions montrent bien l'intérêt accordé à l'aspect curatif au détriment de l'aspect préventif.

⁶ Arrêté royal du 19Aout 1998 fixant le maximum de l'indemnité d'apprentissage applicable aux apprentis dont le contrat d'apprentissage de professions exercées des travailleurs salariés (M.B .05.09.1998).

3. Les facteurs explicatifs de la croissance des dépenses de santé en Algérie

Le taux de croissance de ces dépenses a été très soutenu, à la suite de la conjonction de plusieurs facteurs: vieillissement démographique, transition épidémiologique et démographique, élévation du niveau de vie des individus, multiplication d'infrastructures sanitaires et généralisation de la couverture sociale⁷.

Dans cette partie, nous allons développer les déterminants des dépenses de santé en Algérie à travers la présentation des différents facteurs à l'origine de la croissance des dépenses de santé.

3.1. Les facteurs de la demande

La demande de santé est influencée par plusieurs facteurs, les plus importants relèvent du défi à s'adapter aux nouveaux changements en matière de transition démographique, épidémiologique et socioéconomique.

3.1.1. La transition épidémiologique

La consommation médicamenteuse continuera à augmenter encore plus, entraînée par la transition sanitaire qui fait en sorte que notre pays cumule aujourd’hui une double charge de morbidité ; les maladies transmissibles qui perdurent et les maladies non transmissibles. En effet, pour l’année 2004, 34% du total des charges de morbidité concernent les maladies transmissibles, affections maternelles et périnatales et déficiences nutritionnelles. Les maladies non transmissibles occupent 55% des charges de morbidité⁸. En 2002, les maladies non transmissibles étaient devenues la première cause de mortalité (55 %). Si les maladies transmissibles ont connu une baisse constante, elles sont encore à l’origine de 28 % des décès. Selon une étude récente menée dans 12 wilayas, la principale cause de mortalité en Algérie est liée aux pathologies de l’appareil circulatoire. En outre, l’incidence des cancers et des accidents de la circulation augmente rapidement. Le nombre d’accidents de la circulation est passé de 27.500 en 1982 à 40.885 en 2008 pour baisser à 25.000 accidents en 2011. Les maladies non transmissibles reviennent plus chères à traiter. Ceci est d’autant plus important que ces maladies, telles que l’hypertension artérielle et le diabète, ainsi que les comportements à risque, tels que la consommation de cigarettes, deviennent de plus en plus répandus. De façon générale, les maladies transmissibles régressent ; la diphtérie, le tétanos et le choléra ont ainsi été maîtrisés.

⁷ Oufriha F.Z : « *Système de santé et population en Algérie* », édition ANEP, 2002. p107

⁸ Idem

Cependant, l'incidence de la tuberculose s'accroît. Elle est passée de 48 en 2000 à 58 pour 100.000 habitants en 2008⁹. Le taux d'infection au VIH est encore faible, avec 266 nouveaux cas enregistrés en 2004, mais il progresse régulièrement depuis 2001. Ainsi le taux de mortalité due au VIH/SIDA (pour 100.000 habitants) est moins de 10 en 2007. Le nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA recevant un traitement antirétroviral est passé de 20% en 2007 à 42% en 2009¹⁰.

3.1.2. La transition démographique

L'accroissement de la population algérienne a plus que triplé en moins de 50 ans. Le pourcentage des algériens de moins de 15 ans baisse constamment depuis 1975, tandis que celui de la tranche d'âge comprise entre 15 et 64 ans augmente. Cette réalité est caractéristique d'un pays qui a connu une baisse significative de la fécondité (de 7 enfants par femme en 1977 à 2,7 enfants par femme en 2003)¹¹. De 47 ans à l'indépendance, 66 ans en 1990, l'espérance de vie atteint 71 ans en 2008, soit 24 ans de mieux qu'en 1962¹². Par conséquent, augmentation des personnes du troisième âge qui présentent généralement des pathologies chroniques (HTA, Cardio, Diabète, Cancer...). Le vieillissement de la population va accentuer la consommation médicale et engendrer un poids plus grand des maladies chroniques et celles dégénératives ; en effet, en 2008, 7% des algériens sont âgés de 60 ans et plus¹³.

3.1.3. La transition socioéconomique

L'explosion de la dépense de remboursement des frais pharmaceutiques, tire son origine essentiellement d'une dépendance presque totale vis à vis de l'étranger en matière de médicaments, matériels médicochirurgicaux et même des matières premières nécessaires pour la production nationale. L'Algérie importe plus de 60% de ses besoins en médicaments. Selon les douanes algériennes, la facture de l'Algérie en produits pharmaceutiques importés a maintenu sa tendance haussière durant les sept premiers mois 2012 pour atteindre 1,35 Mds USD contre 1,04 Mds USD à la même période 2011, en hausse de 29,41%. L'amélioration des niveaux de revenus a contribué à la croissance des dépenses de santé. Ainsi, le revenu national brut par habitant est

⁹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : «Algérie, Fiche d'information des Statistiques sanitaires», 2010.

¹⁰ Idem

¹¹ La Banque Mondiale, « République Algérienne Démocratique et Populaire: A la recherche d'un investissement public de qualité; Une Revue des dépenses publiques », Volume I, Groupe pour le Développement socioéconomique, Région Moyen Orient et Afrique du Nord, Rapport N° 36270 – DZ, 2007, p 162.

¹² Organisation Mondiale de la Santé (OMS), op. cit.

¹³ Idem

passé de 4340 \$ en 1990 à 7940 \$ en 2008 (OMS, 2010)¹⁴ soit un taux d'augmentation de 83%. De même, la prise en charge des dépenses en médicaments par la sécurité sociale rendent cette demande solvable: les ménages consultent plus souvent avec l'élévation du niveau des revenus. Le système de sécurité social algérien assure une large couverture à hauteur de 85% de la population totale. Les soins reçus dans le privé et les médicaments remboursables, quant à eux, sont remboursés à hauteur de 80% des tarifs réglementaires (ou des tarifs de référence pour les médicaments soumis). Dans certains cas, tels que les maladies chroniques, hospitalisation supérieure à 30 jours, retraités touchant une faible retraite, le taux est porté à 100%¹⁵. L'urbanisation rapide qui va rapprocher les demandeurs des infrastructures sanitaires, (médecine de ville et soins hospitaliers), susceptible d'accroître la consommation médicale avec une plus grande accessibilité aux soins. Le taux de la population vivant en zones urbaines en Algérie est passé de 52% en 1990 à 65 % en 2008 pour atteindre 66,5% en 2010.

3.2. Les facteurs de l'offre

Parmi les déterminants des dépenses de la santé en Algérie, on peut citer quelques facteurs dits de l'offre qui sont :

3.2.1. L'extension de la couverture sociale

Le développement de la couverture sociale et le dispositif du tiers payant (possibilité de disposer des médicaments sans faire l'avance de frais ce qui permettrait aux assurés à bas revenus de ne pas payer la partie normalement remboursée par la CNAS) peuvent être à l'origine de la croissance de la consommation des médicaments en Algérie. En 2009¹⁶, la CNAS enregistre 8 312 826 assurés, Avec les ayants droits, la couverture sociale en Algérie, bénéficie presque à toute la population algérienne.

3.2.2. Progrès de la médecine et de la technologie des Soins

C'est la mise au point de moyens diagnostiques et de traitements innovants et couteux (Imagerie, biologie moléculaire, ...), médicaments innovants (anticancéreux, biothérapies,...), techniques chirurgicales, etc. La diffusion de ces innovations est un facteur d'offre. L'innovation crée aussi la demande. Les progrès de la médecine vont, quant à eux, entraîner l'introduction de nouvelles technologies et de nouvelles molécules coûteuses pour répondre aux attentes des

¹⁴ Idem

¹⁵ La Banque Mondiale, op. cit. p 166.

¹⁶ Donnée de la direction générale de la CNAS.

populations. Dans le domaine du médicament par exemple, 3 000 « présentations » sont aujourd’hui remboursées en ville ou fournies à l’hôpital. A titre de comparaison, la France rembourse 6057 présentations en ville (2 804 sont enregistrées mais non remboursées) et les présentations pour usage hospitalier s’élèvent à 5 677¹⁷.

3.2.3. Ajustement de la rémunération du personnel médical et l’augmentation de l’effectif médical

Les professionnels de santé du secteur public revendentiquent des hausses de salaires, sur la base notamment de comparaisons avec les rémunérations pratiquées dans le privé. Les augmentations conséquentes intervenues au cours des dernières années pourraient se poursuivre avec, là encore, un impact sur les dépenses publiques de santé surtout que le nombre de l’effectif médical en augmentation.

3.2.4. Les pratiques professionnelles

Face à une situation clinique identique, les patriciens peuvent adopter des stratégies de diagnostic et de traitement différentes : prescription d’examens complémentaires ou non, prescription d’antibiotiques ou non, etc. Les différences de prise en charge peuvent s’éloigner de la stratégie optimale, en termes de qualité et en termes de couts.

3.2.5. Extension de l’offre de soins

Plus l’offre augmente, plus la demande de santé de la population est importante : c’est le phénomène de «demande induite ». Par exemple, une augmentation du nombre de lits entraîne une augmentation du nombre d’hospitalisations et une augmentation de la densité de médecins entraîne une augmentation du nombre de consultations. Ainsi, de 13395 lits en 1962, on se trouve, en 2012¹⁸, avec une capacité d’accueil de plus de 71.000 lits, soit un taux d’accroissement de 430%. De même, la couverture sanitaire est passée d’un (1) médecin pour 26.000 habitants et 1 dentiste pour 72848, à 1 médecin pour 900 habitants et un dentiste pour 3097 en 2012. Du point de vue des personnels paramédicaux, le MSPRH recense, en 2007, 56710 infirmiers diplômés d’état, 22040 brevetés et 2516 aides paramédicaux. Ces données appellent quelques commentaires. D’une part, ces chiffres nationaux cachent des disparités régionales. D’autre part, le ratio paramédicaux/médecins a tendance à diminuer. Or, les normes

¹⁷ Banque mondiale. Op .cit. p 172.

¹⁸ www.andi.dz

de l'OMS proposent un ratio de 4. Cette diminution montre que la formation paramédicale reste insuffisante par rapport à la formation médicale. Enfin, le ratio médecins spécialistes/population est peu significatif dans la mesure où le nombre de spécialistes varie d'une discipline à une autre. Certaines spécialités sont en sous-effectif, compte tenu des besoins de la population. Ainsi, les disciplines de laboratoire (microbiologie, immunologie...) et la pharmacie sont nettement déficitaires dans le secteur public, comme à un degré moindre, la médecine légale et la médecine du travail¹⁹.

4. Les outils (les mesures) de maîtrise des dépenses de santé en Algérie

Face à la croissance soutenue des dépenses de santé, stimulées entre autre, par la démographie, l'extension de la couverture sociale et l'accroissement de l'offre publique et privée ainsi que par le cumul d'une double charge de morbidité, les pouvoirs publics ont entrepris²⁰ l'ensemble des mesures destinées à maîtriser les dépenses de santé agissent soit sur l'offre, soit sur la demande, soit sur les deux à la fois.

4.1. Les mesures de maîtrise en milieu hospitalier

Le projet de réforme du mode de financement des hôpitaux, à base de la contractualisation des relations entre ces derniers et leurs bailleurs de fonds, place la connaissance et la maîtrise des coûts hospitaliers comme une nécessité.²¹

4.1.1. Développer la chirurgie ambulatoire sans hébergement

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge permettant de ramener l'hospitalisation pour une intervention chirurgicale à une seule journée. A l'étranger, en Hollande, Belgique, Grande-Bretagne, USA, 80 à 90% des interventions sont réalisées en ambulatoire, contre 37% en France. Aucune évaluation n'a encore été faite pour l'Algérie. Les avantages sont bien clairs : moins d'infections nosocomiales, moins de dépenses et plus de confort pour le malade.

¹⁹ Achour N, Fikri Benbrahim N et Grangaud J.P : « Algérie, Maroc, Tunisie, monographies nationales », *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés* », études et analyses IPEMED (Institut de Prospectives Economiques du Monde Méditerranéen), Avril 2012.

²⁰ Brahamia B : « *Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé* », OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.p 401.

²¹ Ziani Lila, Achouche Mohamed, op.cit.

4.1.2. Diminuer les frais de prise en charge des malades transférés vers l'étranger

Pour ce faire, l'investissement doit porter essentiellement sur de nouvelles infrastructures bien équipées et un pôle de compétences humaines bien rémunérées. Il s'agit de créer un réseau de soins avec des plateaux techniques adéquats.

4.2. La maitrise de l'évolution des dépenses de ville

La maitrise de l'évolution des dépenses de ville est un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et à veiller à une bonne efficience du système de santé. Ce dispositif implique les professionnels de santé, les assurés et l'Assurance Maladie.

4.2.1. Le renforcement du contrôle médical

Pour pouvoir maîtriser les dépenses de santé, les caisses de sécurité sociale particulièrement la CNAS comptent essentiellement sur l'amélioration du contrôle médical qui se manifeste dans le renforcement des services de contrôle médical. Les actions entreprises dans ce domaine sont l'amélioration de l'organisation du contrôle médical à travers la mise en place des comités médicaux traitant des dossiers relevant de la commission technique à caractère médical ainsi que la polyvalence technique des praticiens conseil. Le renforcement du contrôle médical des organismes de la CNAS, privilégiera la concertation avec les prestataires de soins, pour la promotion de l'usage rationnel et approprié des soins. Comme par exemple la carte CHIFA est un outil de régulation plus efficace qui prend une nouvelle forme de contrôle médical²².

4.2.2. Maitriser les prescriptions des médecins par les Références Médicales Opposables

Les Références Médicales Opposables (RMO) sont un outil emblématique de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Les RMO sont des critères scientifiques reconnus qui définissent les soins et les prescriptions médicalement inutiles, redondants, voire dangereux. Le dispositif des RMO vise à corriger l'hétérogénéité de certaines pratiques médicales. Or, si les différences de pratique ne sont pas liées à des différences de situations pathologiques, ce sont les principes de qualité et d'égalité de traitement des patients qui sont pris en défaut.

²² Ziani Lila et Achouche Mohamed. Op.cit

4.2.3. Le médecin traitant

Le médecin traitant ou le médecin de famille constitue une forme de convention consistant à formaliser la fidélisation du patient auprès de son généraliste. Pour les assureurs, il s'agit de moyen de lutte contre la multiplication des prescriptions et un moyen de rationalisation des dépenses surtout médicamenteuses. Le principe est²³ que chaque patient est tenu de choisir son médecin, par lequel il doit obligatoirement passer en vue d'accéder à une consultation de spécialiste.

En 2011, il y a 27 wilayas sont concernées par le dispositif du conventionnement du médecin traitant, plus de 1020 médecins au niveau de ces wilayas sont déjà conventionnés et 105 000 retraités ont déjà choisi leur médecin de famille. La généralisation de ce dispositif dans tout le territoire national se fera à l'horizon 2013²⁴.

4.2.4. La nouvelle carte sanitaire

Le réaménagement de la carte sanitaire est l'une des nouvelles dispositions entreprises dans le cadre des réformes du système de santé²⁵. Cette nouvelle disposition tend à la décentralisation du système de soins, et au rapprochement des structures sanitaires. La séparation des structures- extrahospitalières des structures hospitalières, s'inscrit dans l'objectif du développement de la prévention, selon cette démarche. Dans le nouveau dispositif, les centres hospitaliers se consacrent aux activités curatives et aux prestations sanitaires spécialisées. Les polycliniques ont désormais une autonomie totale dans la distribution de soins de santé de base et dans l'action préventive. Les malades devront trouver dans les EPSP tous les soins de premiers recours demandés et n'auront aucune raison de recourir aux structures hospitalières.

Les EPSP et polycliniques assureront les consultations de la médecine générale ainsi que les consultations de spécialistes pour quelques disciplines médicales. Les polycliniques autour desquels s'organisent les prestations de soins de base et l'action de la prévention, seront dotées de laboratoires d'analyses médicales et de service de radiologie.

²³ Brahamia B. op. cit. p 400.

²⁴ Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : « Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie », 2011.

²⁵ Brahamia B. op. cit. p 401.

4.2.5. Contrôle des arrêts de travail

Cette opération vise à réduire les cas de fraude qui portent atteinte à la sécurité sociale. C'est ainsi qu'est punie d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 10.000 à 300.000 DA sont prévues pour toute personne ayant offert, accepté ou prêté des services pour obtenir, pour elle-même ou faire obtenir à des tiers, indûment des prestations. Aussi, et en cas de fausse déclaration dans le but d'obtenir ou de faire obtenir à des tiers indûment des prestations ou des remboursements de l'organisme de la sécurité sociale, la sanction pénale est de six mois à trois ans d'emprisonnement assortie d'une amende de 100.000 à 200.000 DA. Des sanctions ont été également envisagées à l'adresse des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes se rendant coupables de fraudes. C'est ainsi qu'une peine d'emprisonnement allant d'une année à cinq ans, et une amende de 200.000 à 500.000 DA sont prévues à l'endroit de ce personnel médical, en cas de volontaire fausse description de l'état de santé du bénéficiaire de la sécurité sociale.

4.3. La limitation des dépenses pharmaceutique et celles de l'assurance maladie

En Algérie, le médicament occupe une place de plus en plus importante dans les soins de santé²⁶, augmentant ainsi les dépenses de santé et pèse lourdement sur les fonds de l'assurance maladie, des ménages et de l'Etat.

4.3.1. Réduire le prix des médicaments génériques

Une des solutions pour maîtriser les dépenses de médicaments sans toucher le portefeuille des assurés demande de se tourner vers l'industrie pharmaceutique. Cette dernière devra abaisser le tarif des médicaments et notamment des génériques.

4.3.2. Augmentation du taux de ticket modérateur

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie. En Algérie, le taux varie en fonction de la situation. Il est de 20% pour les assurés et de 0% pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

²⁶ La part des dépenses de médicaments dans les dépenses de santé est de plus en plus importante, elle représente en 2008 plus de 28% des dépenses totales de santé et 73% dans les dépenses de la sécurité sociale. De même, le médicament occupe la deuxième position dans le budget total des établissements publics de santé en absorbant ainsi plus de 20 % de ce dernier en 2009.

4.3.3. L'encouragement de la prescription des médicaments génériques

Des mesures d'encouragement à la prescription et à la vente des médicaments génériques, notamment ceux fabriqués localement, ont été prises par l'Etat algérien. Dans ce sens, le partenariat est encouragé avec les médecins. Ils bénéficient d'une majoration de 20% quand il s'agit du médicament générique et d'une majoration de 50% pour les médicaments de la production nationale²⁷. Également, le versement des majorations et autres incitations financières aux officines pharmaceutiques au titre de la dispensation du médicament générique et des produits fabriqués en Algérie : 15 DA pour chaque médicament générique délivré par le pharmacien à la place du princeps, 10% de majoration du montant de l'ordonnance en faveur du pharmacien qui délivre pour tous les médicaments prescrits des produits génériques et 20% de majoration du montant de l'ordonnance en faveur du pharmacien qui délivre pour tous les médicaments prescrits des produits fabriqués localement²⁸. De même, le régime fiscal algérien en faveur du pharmacien d'officine prévoit une réfaction de 50% sur le chiffre d'affaires relatif aux ventes des médicaments dont la marge brute est comprise entre 10% et 30%. Le chiffre d'affaires relatif aux médicaments dont la marge bénéficiaire est inférieure ou égale à 10% est exonéré de la TAP.

4.3.4. L'encouragement de la consommation des médicaments génériques

L'Algérie à l'instar des autres pays a décidé d'encourager le médicament générique afin de réduire les dépenses en matière de remboursement de médicaments sans pour autant que la santé du citoyen ne soit lésée. Pour encourager la consommation des génériques, les autorités algériennes ont instaurer le dispositif de tarif de référence et le droit de substitution²⁹ comme les principaux instruments pour encourager la consommation des médicaments génériques et réduire ainsi la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse supportée par les organismes de la sécurité sociale.

✓ Le tarif de référence

C'est un système de responsabilisation des consommateurs de médicaments, un moyen de promouvoir le médicament générique et un outil de maîtrise des dépenses médicamenteuses. C'est le tarif, le moins cher mais qui présente le meilleur rapport coût/ avantages, sur la base

²⁷ Ministère du Travail. Op. cit. p18-19.

²⁸ Idem. pp20.

²⁹ Ziani Lila et Achouche Mohamed. op.cit.

duquel sont remboursés de manière indiscriminée les 80% des dépenses de médicaments. L'Algérie a mis en place cette politique depuis avril 2006³⁰, appliquée sur 116 DCI en 2006, ensuite sur 303 DCI en 2008. La nouvelle liste complémentaire qui contient 234 nouvelles DCI, s'ajoute à une autre liste contenant 180 autres spécialités médicamenteuses, a été publiée en Juillet 2009. La nouveauté introduite dans cette nouvelle liste est le remboursement sur la base des classes thérapeutiques. En 2010, le tarif de référence est appliqué sur 567 DCI³¹. Le principe de la politique est que quelque soit le prix de vente d'un médicament soumis à un TR, l'assureur rembourse toujours le même montant, en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament en question. Tout dépassement de prix de vente au-delà du TR n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré.

✓ **Le droit de substitution**

Ce droit est mis en vigueur en Algérie à partir de 2006 en application de l'article 146 de décret exécutif n° 92-276 du 6 Juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à l'usage de la médecine humaine³². Le droit de substitution est le droit donné au pharmacien de dispenser au patient un générique à la place d'un médicament « princeps » prescrit par le médecin pour peu que l'offre de générique ne soit pas trop étoffée³³. En Algérie, le pharmacien d'officine jouit d'un droit de substitution, que lui confère la législation³⁴. Par ailleurs, la promotion du générique en Algérie souffre d'un dysfonctionnement du système de marges.

4.3.5. L'encouragement de l'industrie locale des génériques

L'Algérie doit encourager la production nationale face à la forte demande sur le marché médicamenteux. Ainsi, le déremboursement de médicaments importés est une solution pour l'orientation de la demande vers les génériques produits localement. La liste des médicaments non remboursables doit comprendre les médicaments importés ainsi que le princeps dans le but d'encourager la consommation du générique d'une part et l'encouragement de la production nationale d'autre part. Dans l'ambition d'alléger la facture de l'importation, une politique de

³⁰ Le tarif de référence (TR) au remboursement a été mis en application par la CNAS – caisse de sécurité sociale, en avril 2006. Il fait suite à l'arrêté ministériel du 29 janvier 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre. Cet arrêté est paru au journal officiel n°02 (JORADP) du 15 janvier 2006.

³¹ Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale. Op. cit.

³² L'article 146 de décret exécutif n° 92-276 du 6 Juillet 1992

³³ Ziani Lila, Achouche Mohamed. Op. cit.

³⁴ Décret 92-276 portant le code de déontologie algérien, article 145.

régulation des importations a été mise en place. On relève dans ce contexte trois types de mesures affectant les importations de médicaments.

Premièrement, l'enregistrement d'un médicament de marque (ou princeps) ne sera autorisé qu'en l'absence d'un médicament générique et dans les limites d'un surcoût éventuel par rapport au tarif de référence pour la DCI (dénomination commune internationale) se situant au maximum à 25%.

Également, la fabrication locale des produits de marque, sous leur forme générique, sera encouragée et facilitée par les autorités publiques. Dans le même contexte, les produits fabriqués localement ne seront plus autorisés à l'importation.

Enfin, la production locale de médicaments fait l'objet d'un soutien de la part des autorités, à travers une exonération explicite des droits et taxes sur les intrants et la mise en place d'un tarif de référence avantageux pour le remboursement³⁵. Une autre méthode qui tend à se développer est la fixation de prix/tarif de référence. Pour les médicaments dont le prix dépasse le prix de référence, la partie du prix au-delà du seuil n'est pas du tout remboursée au patient par le système d'assurance maladie mais il continue à bénéficier du système à hauteur du prix de référence.

La demande s'oriente donc vers les médicaments les moins chers, ce qui incite les producteurs à baisser leurs prix pour s'aligner aux prix de référence afin de préserver leurs parts de marché. Ce système agit à la fois sur la demande et sur l'offre de médicaments.

4.3.6. Le déremboursement des médicaments

Le déremboursement des médicaments est l'exclusion de certains médicaments de la nomenclature de remboursement. Jusqu'à 1995, tous les médicaments prescrits étaient remboursés automatiquement³⁶. Mais depuis, les responsables concernés ont tenté de revoir la liste de la nomenclature en introduisant la notion de non remboursement par la sécurité sociale. Cette mesure est fondée sur un principe logique, à savoir le retrait de la liste (des remboursables), des produits qui ne présentent pas un service médical et thérapeutique prouvé. D'après la liste, nous remarquons:

³⁵ Ziani Lila et Ziani Farida : «*Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie*», Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales, Université Abderrahmane MIRA Bejaia.

³⁶ Arrêté interministériel n°133/MSP/ du 21/12/1995 en application de l'article 95 de la loi n°83-11 du 02/07/1983, fixe le relatif de référence de remboursement et les conditions de prise en charge des produits pharmaceutique par la sécurité sociale.

- Entre 1995 et 2000, les médicaments retirés de la liste des remboursables sont ceux représentants des vitamines et des sels minéraux.
- Entre 2000 et 2005, cette liste est élargie aux médicaments antiallergiques, de tube digestif, médicaments de l'appareil respiratoire, psychotropes et médicaments de dermatologie.
- Depuis 2005 à ce jour, la liste touche les médicaments traitants les maladies chroniques à savoir : l'Hypertension artérielle et l'Epilepsie.

4.3.7. La procédure KIWI

Il s'agit d'un remboursement d'un groupe de médicaments contenant une même composante. La procédure Kiwi signifie que les médicaments sont remboursés uniquement s'ils sont prescrits conformément aux directives de bonne pratique médicale. Pour la procédure Kiwi, ce sont les prix de vente qui constituent la condition : les médicaments sont répartis en différentes catégories de remboursement en fonction des offres de prix des producteurs et le médicament le moins cher bénéficie du remboursement le plus élevé.

4.3.8. La mise en place de la contractualisation

En Algérie, les lois de finances de 1992, ont redéfini une nouvelle modalité de financement de la santé qui est la contractualisation. Désormais, les lois de finances disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels³⁷. En effet, il s'agit d'établir des rapports contractuels entre l'hôpital et les différents financeurs constitués par les caisses de sécurité sociale pour assurer plus de transparence entre les prestataires de soins et les organismes de la sécurité sociale, une meilleure maîtrise des dépenses et une amélioration de la qualité des prestations de soins. L'objectif final de la contractualisation étant alors de passer d'une gestion budgétaire classique à une gestion par objectifs³⁸.

³⁷ MSPRH: « *Mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé* », les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas, Décembre 2003.

³⁸ Oufriha F.Z : « *La difficile structuration du système de santé en Algérie, quels résultats ?* », In : cahiers du CREAD, n°35-36, 3ème et 4 ème trimestre, 1993. p 7-58.

III. PRESENTATION DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

Le système d'information hospitalier (SIH) est un système permettant un traitement intégré de l'information, garantissant sa cohérence et son intégration. L'information, une fois capturée, doit être disponible en tous lieux, en tous temps, dans des délais acceptables (dossiers médicaux, images,...), sous une forme paramétrable et ne doit pas faire l'objet de ressaïsies. L'information doit être exprimée dans une « granulosité » suffisamment fine pour être utile et autoriser des agrégations ainsi que des associations.

Le SIH est composé de deux domaines différents :

- Les systèmes de gestion (qui concernent la gestion des ressources humaines, les affaires financières et économiques, la logistique, les achats, mais également toutes les activités dites d'intendance, à savoir la gestion des repas, la gestion de la linge, etc.)
- Les systèmes relatifs à la prise en charge du patient (prise en charge administrative, médicale et paramédicale) qui concernent le cœur de métier de l'hôpital : la production de soins. Ces systèmes comprennent toutes les informations nécessaires à l'accomplissement des activités du processus de production des soins au patient, de son accueil à sa sortie, ainsi qu'à la bonne circulation des flux physiques qui servent directement cette production

1. les objectifs du Système d'information hospitalier³⁹

Le système d'information hospitalier doit permettre d'atteindre les objectifs suivants :

- Fournir les informations nécessaires aux chefs de service afin d'analyser leur activité, de mesurer la performance de leur service et de formuler des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des patients dans leur service.
- Fournir les bases nécessaires pour l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital
- Permettre aux gestionnaires de l'hôpital de suivre le fonctionnement de l'hôpital, d'évaluer ses besoins et de planifier son développement. Il doit leur permettre d'effectuer des choix et d'établir des priorités dans l'allocation des ressources aux différents services de l'établissement. Il doit leur permettre de maîtriser tous les aspects liés à la facturation et au recouvrement des coûts.

³⁹ Staccini. P : « *Systèmes d'information hospitaliers (S.I.H)* », Université Nice-Sophia Antipolis, France, 2007.

- Fournir aux services centraux les informations utiles au suivi du fonctionnement des hôpitaux du pays et à la planification du développement des services de soins au niveau du pays
- Permettre de disposer de données pour la recherche médicale et l'enseignement de la médecine.

Pour remplir son rôle ? Le SIH doit être composé d'un certain nombre de constituants qui sont :

- Les outils de collecte de données : registres regroupant des données individuelles selon un ordre chronologique : registres du bureau des entrées, registres d'hospitalisation, registre de consultation, registres des services médico techniques, protocole opératoire.
- Les tableaux de bords des services qui reflètent l'évolution de quelques indicateurs au cours du temps.
- Le dossier du malade qui comporte toutes les informations médicales sur chaque patient.
- Les rapports transmis à la direction de l'hôpital (mensuels internes) et les rapports transmis au niveau central (rapport trimestriel).

2. contenu du système d'information hospitalier

L'accroissement des investissements en matière de systèmes d'information en santé en Algérie, la mise en place de réseaux dans le cadre d'une cohérence nationale (mise en place d'un réseau national entre les hôpitaux et le ministère) et régionale (entre les établissements de santé de la même région, en vue notamment d'un échange d'informations et d'expériences) et les incitations à mieux gérer l'hôpital, doivent accélérer la mutation des systèmes d'information hospitaliers. Celle-ci doit se faire dans le cadre d'une meilleure gestion de l'hôpital, et avec une amélioration de la coordination entre les acteurs du système de santé. Ces dispositions doivent conduire à l'émergence de systèmes d'information de santé adaptés aux besoins de coopération entre les acteurs, respectant leurs droits, pour mieux servir des objectifs de rationalisation de l'organisation des soins, de continuité des prises en charge, ainsi que de maîtrise des dépenses. Au sein de l'hôpital, le SIH doit aider à la coordination des différents services et fonction de l'hôpital.

L'hôpital est en fait une alliance de sous-systèmes fonctionnellement distincts mais non cloisonnés, à l'intérieur desquels et entre lesquels circulent des flux d'informations. Il est composé de plusieurs sous-systèmes :⁴⁰

- le sous-système d'action médicale : qui concerne l'activité mise en œuvre par l'équipe soignante pour répondre au problème du malade. c'est l'ensemble des informations recueillies sur le patient, la constitution et la consultation du dossier du malade, les connaissances médicales et les processus de décision ;
- le sous-système logistique : qui comprend l'ensemble des flux résultant des actions médicales : prescriptions, résultats, transferts et archivages ;
- le sous-système de recherche et d'études : qui travaille sur les regroupements de dossiers, à condition que ceux-ci aient été correctement constitués, et ce à des fins épidémiologiques ou d'évaluation de la qualité des soins. sa fonction est d'alimenter les sous-systèmes d'administration et de planification ;
- le sous-système de l'administration quotidienne de l'hôpital : qui s'intéresse à la facturation, à la gestion du personnel, à la gestion des stocks et, d'une manière générale, à la comptabilité ;
- le sous-système de planification hospitalière : qui a une vision plus stratégique. Il s'appuie sur l'analyse de l'activité ou sur les études de morbidité hospitalière pour engager des décisions d'investissement structurel, matériel et humain. il est en rapport avec des entités extérieures⁴¹.

3. conditions de la réussite d'un système d'information hospitalier

Aujourd'hui, le dossier médical, référence médico-légale, correspond plus à un dossier d'archive contenant certains aspects de l'histoire médicale du patient, qu'à un outil partagé de prise en charge du patient par les différents professionnels. Ce dossier est un exemple d'information parmi d'autres qui ne sont pas bien gérer, ni pris avec plus d'importance dans les hôpitaux aujourd'hui. Dans la présente sous-section, nous présenterons les conditions préalables pour la réussite d'un SIH.

⁴⁰Aegerter. P : « *informatique médicale* », document de travail, Université Paris ouest, 1999, p41.

⁴¹Merzouk. S : « *Analyse du système d'information hospitalier dans la perspective d'un passage à une tarification à l'activité : cas du CHU de Béjaïa* », Mémoire de Master en Economie de la santé, département de sciences économiques, Université de Béjaïa, 2011.

3.1. Les conditions de réussite d'un SIH

Comme tous systèmes, la réussite de l'installation du SIH est liée aux conditions préalables à la mise en œuvre de ce système, qui peuvent être résumés comme suit : la connaissance approfondie de la circulation de l'information dans l'hôpital ; analyse fine de la sociologie de l'organisation ; stratégie matérielle et logicielle adaptée et estimation juste des ressources nécessaires. La plus grande partie d'un projet n'est pas la réalisation mais toutes les autres actions autour. En effet, si un produit est bien conçu mais que personne ne veut s'en servir, il sera délaissé des utilisateurs qui reprendront alors leurs anciennes habitudes. Les trois étapes suivantes font partie de la conduite du changement nécessaire pour intégrer le nouvel outil de travail dans les habitudes de chaque acteur qui sont : l'élaboration du plan de communication ; de formation et de la documentation.

3.2. Elaboration du plan de communication

Un plan de communication doit être mis en place suivant la stratégie de communication choisie par le chef de projet. Il a pour objectifs de fixer les points clés de la communication qui sont la présentation des changements apportés par le nouveau système (en insistant sur les avantages) ; l'identification des populations concernées (futurs utilisateurs) ; l'élaboration des messages (suivant la stratégie adoptée) ; la précision des supports de communication et la précision des dates jalonnant le projet.

3.3. Élaboration du plan de formation

Le nouvel outil de travail doit être présenté au personnel et celui-ci doit recevoir une formation pour être capable de l'utiliser correctement. La formation se prépare avec soin, longtemps à l'avance, pour s'assurer de son efficacité. Plusieurs questions sont à se poser :

- Qui doit-on former ?
- Sur quoi doit porter la formation ?
- Quand la formation doit-elle avoir lieu ?
- Comment la formation va-t-elle être effectuée ?

Lors de la formation, il est intéressant de mettre en évidence les différences entre l'ancien fonctionnement et le nouveau et insister sur les nouveaux rôles de chaque acteur, s'il y a eu des modifications. Des cas pratiques doivent ensuite être proposés aux employés formés pour détecter les difficultés et y apporter rapidement des solutions.

3.4. Elaboration de la documentation

La documentation tient un rôle important dans un tel projet. En effet, elle constitue l'intermédiaire au jour le jour entre le logiciel et l'utilisateur. Un manuel utilisateur doit être rédigé pour aider le personnel à prendre en main le logiciel. Il est également utile de prévoir un aide-mémoire concis avec le minimum d'informations requises pour l'utilisation propre du logiciel par chaque acteur. Chaque employé aura ainsi accès rapidement aux informations recherchées. Enfin, la présence d'une aide en ligne est un vrai plus car elle permet de rechercher des informations complémentaires sans avoir sous les yeux les autres manuels. Face à la complexité des fonctions et des informations circulants au sein de l'hôpital, la mise en place d'un si est indispensable dans les hôpitaux. Le SIH couvre l'ensemble des activités de l'établissement et favorise une approche et une utilisation coordonnées et efficaces de l'information. Le système d'information hospitalier est un support incontournable du management hospitalier, nécessitant un décloisonnement des services et une acceptation d'un large partage de l'information. Sa mise en place relève d'une prouesse technique informatique certaine, mais le facteur de succès le plus discriminant réside dans la faculté ou la volonté d'écoute, de dialogue et de communication de ses concepteurs. Le SIH facilite le contrôle de gestion hospitalier, qui est devenu un élément essentiel de la maîtrise des dépenses d'hospitalisation. Dans l'objectif d'assurer une bonne gestion à l'hôpital, ce dernier a adopté les méthodes de contrôle de gestion et à fin de s'adapter au nouveau mode de financement (t2a).

4. Système d'information du CHU de Béjaïa⁴²

L'analyse de système d'information du CHU de Béjaïa nous a permis d'identifier quelques lacunes entravant la production et la fiabilité de l'information, ainsi que son usage. Pour détecter ces lacunes, nous avons effectué une série d'entretiens exploratoires avec le personnel chargé de la collecte et de la saisie des informations. De plus, nous avons constaté un certain nombre d'anomalies au niveau des documents utilisés dans la collecte d'information. Nos résultats de recherche se résument comme suit :

⁴² Merzouk. S. Op .Cit. p 72, 73.

- 1) Au sein du CHU de Béjaïa, l'information est collectée manuellement et se base sur des méthodes traditionnelles ; elle n'est pas partiellement informatisé. Plus concrètement certains documents sont anciens (la fiche navette, par exemple, date de 1985). De même, le logiciel utilisé pour la saisie des informations date de 1980 ; aucune à jour ni mise n'a été effectuée.
- 2) La fiche navette, qui est le document principal e saisi des informations se rapportant au patient (en particulier, la consommation médicale), est mal conçue et mal remplie. Ainsi, certaines informations sur la consommation médicale du patient sont incomplètes (l'exemple typique est la confusion entre les noms DCI et le code DCI, ainsi que l'absence de précision concernant le dosage du médicament), ce qui peut induire une sous ou une estimation des couts. Cette situation incombe généralement au manque de qualification et à la négligence du personnel chargé de cette tâche, négligence induite notamment par l'ignorance de l'importance de l'information collectée.
- 3) Signalons aussi que certaines informations saisies sur support papier ne sont systématiquement saisies sur le logiciel patient, notamment le consommable (perfuseur, coton, bonde élastique adhésive,...). Ce qui va affecter la facturation et, par conséquent, le financement. Dans le cadre de la contractualisation entre hôpitaux et CNAS, cette situation va entraîner un manque à gagner pour l'hôpital.
- 4) L'information se rapportant à la consommation de médicaments, saisie manuellement sur la fiche navette, n'est pas reportée de façon exhaustive sur logiciel patient. Ainsi, les médicaments consommés durant tout le séjour du patient sont enregistrés sur une seule date (date d'entrée du patient).
- 5) Au sein de l'hôpital, le système du médicament est structuré en deux parties :Une partie en amont (pharmacie centrale de l'hôpital) et une partie aval (différents services de l'hôpital). Pour réduire les risques de vol, il suffit d'engager une comparaison systémique (chaque fin de mois, par exemple) entre flux amont (sortie du magasin) et flux aval (consommation de chaque service).
- 6) Il y a aussi un problème de redondance de certaines informations au niveau des registres. Ce qui complique la gestion de l'information et rend la tâche plus lourde pour le personnel. En outre, le logiciel patient, en plus de son ancienneté, tombe souvent en panne. Temporairement, l'information devient donc inaccessible. Ce qui peut causer beaucoup de désagrément.

7) Signalons enfin que l'information est produite dans une optique beaucoup plus épidémiologique (système d'information médical), qui ne correspond pas forcément aux besoins d'information des gestionnaires hospitaliers. Aussi, l'hôpital public doit passer d'un système d'information médical à un système d'information microéconomique. Pour améliorer la situation de l'information, faciliter sa gestion, rendre plus fiable et intelligible l'information produite, et permettre une mise en application de la tarification à l'activité, d'importants changements systémiques s'imposent.

IV. CONTROLE DE GESTION HOSPITALIER

Les ressources diminuent, la « consommation de soins » se développe alors que les établissements hospitaliers doivent respecter la politique de la connaissance et la maîtrise des coûts hospitaliers comme une nécessité. Cette prise de conscience de la nécessité de renforcer l'analyse des coûts s'est matérialisée par la mise en place d'un contrôle de gestion hospitalier centré sur les techniques de la comptabilité analytique hospitalière. Les fondements et les principes de cette dernière sont inspirés de la comptabilité analytique d'entreprise qui a pour vocation principale de déterminer des coûts de revient dans une perspective de pilotage de l'activité de celle-ci. D'où la nécessité pour les établissements de santé dans le contexte économique actuel du secteur sanitaire et médico-social, de moderniser et réorganiser leur gestion. . En ce sens, l'objet de la présente section est de faire le point sur le système de contrôle de gestion hospitalier.

Dans cette partie, nous tenterons de mettre l'introduction au contrôle de gestion avant de présenter les différents outils utilisés pour la mise en œuvre de la fonction contrôle de gestion en identifiant leur portée et leurs limites objectives.

1. Introduction du contrôle de gestion hospitalier

La gestion n'est pas simplement un ensemble de « recettes » visant à maximiser un ou plusieurs objectifs généralement financiers, c'est aussi, selon le mot de Pierre LASSEGUE : « *la gestion est l'application des sciences des organisations* ».

1.1. Définition et historique du contrôle de gestion

Afin de mieux comprendre les fondements du contrôle de gestion, il nous semble nécessaire de remonter aux origines de ce contrôle. Celui-ci s'est, d'abord, développé dans le

monde marchand, ce qui pose la question de sa capacité à être transposée au secteur public non marchand premièrement et deuxièmement au secteur de la santé.

1.1.1. Définition du contrôle de gestion

Pour cerner la notion de contrôle de gestion, il faut d'abord définir ses deux composantes :

- **Contrôle** : c'est-à-dire maîtrise d'une situation et sa domination pour la mener vers un sens voulu.
- **Gestion** : c'est l'utilisation d'une façon optimale des moyens rares mis à la disposition d'un responsable pour atteindre les objectifs fixés à l'avance.

Le contrôle a pour objectif la maîtrise des performances économiques de l'organisation. L'évolution du contrôle de gestion est marquée même par la définition du concept, Depuis des années, plusieurs auteurs ont essayé de donner une définition plus claire et plus complète qui en soit celle d'Anthony. R. N, qui a défini le contrôle de gestion en 1965, de la manière suivante : « *Le contrôle de gestion est le processus par lequel les dirigeants s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées avec efficacité (par rapport aux objectifs) et efficience (par rapport aux moyens employés) pour réaliser les objectifs de l'organisation.* »⁴³

Une des principales finalités du contrôle de gestion est de fournir à ceux qui gèrent l'organisation des informations comptables sur les transactions internes et externes afin de Il veille à la cohérence globale des objectifs et aide les opérationnels à prévoir les plans d'action nécessaires à l'atteinte des objectifs. Il réalise les outils de gestion et de pilotage de la performance adaptée aux besoins des managers pour piloter leur activité.

1.1.2. Historique du contrôle de gestion

Il est difficile de situer la date exacte de l'apparition du contrôle de gestion dont la naissance reste attachée à la technique comptable de calcul des coûts qui est apparue dès le XV siècle. Cependant, la véritable progression du contrôle de gestion est due principalement aux évolutions du monde technique et économique avec les analyses de F. Taylor1 (1905) sur le contrôle de productivité, les recherches de Gantt2 H – L (1915) sur les charges de structure et les choix de Général Motors (1923) et de Saint Gobin (1935) pour des structures par division. Dans cette période le contrôle de gestion concerne alors principalement l'activité de production.

⁴³Claude A et Sabine S : « *DCG 11-le contrôle de gestion- manuel et applications* », Dunod, Paris, 2010, p 09.

Une première évolution dans le champ d'analyse du contrôle de gestion va apparaître avec l'accroissement de la taille des unités de production et de leur diversification. Il devient nécessaire de déléguer des tâches, des responsabilités tout en exerçant un contrôle sur les exécutants. Ainsi, après l'analyse des coûts, les entreprises mettent en place des budgets prévisionnels et réels pour contrôler les réalisations et mesurer les écarts. Ensuite, avec le développement des produits et des services dans une conjoncture de croissance, les gestionnaires vont chercher dans le contrôle de gestion une aide aux décisions ainsi que des pistes pour contrôler des acteurs dans la structure. Le contrôle de gestion s'est d'abord appliqué à la production industrielle, à la distribution puis dans les autres domaines soumis à la pression du marché (hôtellerie, bâtiment, transport...). Il s'est ensuite étendu aux activités qui ne donnent pas obligatoirement lieu à des ventes (administrations, enseignement, santé... etc.). Dans le domaine de la santé, l'organisation concernée (l'hôpital) dépend des allocations provenant de la collectivité qui le finance, et cette dernière peut faire pression pour obtenir des résultats.

1.2. Les risques organisationnels dans un hôpital

Afin de saisir pleinement les enjeux qui lui sont liés, il convient d'appréhender le contrôle de gestion comme un dispositif de maîtrise des risques organisationnels.

1.2.1. Définition du risque organisationnel

La notion du risque ne se résume pas à l'appréciation objective des dangers mais aussi à la conséquence des prévisions de certains évènements ou certaines pratiques. Donc le risque organisationnel est issu de la problématique de l'action organisée, dont les déficits donnent lieu à des risques spécifiques.

1.2.2. Les types du risque organisationnel

Les hôpitaux sont devenus des systèmes extrêmement complexes de par « l'étendue et la diversité des compétences, le développement d'hyper spécialités, l'incommunicabilité entre services (et parfois au sein d'un même service) »⁴⁴. Les organisations, en multipliant les objectifs de travail « distribuent l'incertitude à tous les niveaux hiérarchiques »⁴⁵. Face à cette complexité

⁴⁴ Honore, B et Samson, G : « *La démarche de projet dans les établissements de santé* », Privat, France, page 18. Samson G. (sous la dir.), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat, 1994.

⁴⁵ Grosjean M et Lacoste M. : *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Presses Universitaires de France, 1999.

du système de production de soins et à une incertitude croissante, l'hôpital doit donc faire face à un certain nombre de risques, notamment médicaux, environnementaux, organisationnels.

Nous développons ici une *typologie des risques organisationnels* qui reconnaît trois types de risques :

– **Le risque produit**

Ce risque est lié à la difficulté de définir clairement le produit hospitalier qui est en relation directe avec la qualité des soins qui est l'enjeu principal. Ce risque lié à l'incertitude sur la nature de l'output ; à la complexité de l'activité de soins et aux difficultés de représenter l'activité.

– **Le risque procédure**

Le risque procédure est lié à la pertinence des outils de gestion par rapport au contexte dans lequel ils sont utilisés dont l'enjeu, ici, est la qualité de l'instrumentation de gestion. Ce type de risque découle de la complexité de l'organisation ; des incertitudes sur les choix de la comptabilité analytique ; des incertitudes sur la pertinence des outils et des incertitudes sur les performances individuelles et collectives.

– **Le risque personne**

Les relations entre les groupes de travail et l'adhésion des individus influence également, à côté de l'instrumentation de la gestion, un rôle décisif dans le contrôle de gestion. Cependant, le risque personne touche la qualité des rapports des individus aux outils d'une part et la qualité des relations interpersonnelles d'autre part et dont les enjeux sont l'adhésion aux objectifs de l'organisation et la création et la préservation de relations coopératives entre individus. Dans ce contexte, trois sources de ce risque peuvent être identifiées la complexité des relations entre groupes professionnels ; l'asymétrie d'information et les résistances au changement.

1.3. Le contrôle de gestion comme dispositif de maîtrise des risques organisationnels

Le contrôle joue dans les organisations un rôle de limiteur de risques. Il a pour objectif de promouvoir, face aux risques organisationnels identifiés précédemment, une certaine *qualité organisationnelle* définie comme l'ensemble des caractéristiques formelles et informelles qui

confère au cadre structurel et aux mécanismes de fonctionnement d'un hôpital l'aptitude à satisfaire les objectifs stratégiques de celui-ci.⁴⁶

1.3.1. Autour de l'activité hospitalière

A ce niveau, le contrôle de gestion permet de décentraliser la gestion de l'offre de soins (le projet d'établissement) ; gérer les activités et les processus et mettre en place des systèmes d'information performants.

1.3.2. Autour des acteurs

La motivation des médecins et des autres acteurs de services est primordiale pour adapter les outils définies par le contrôle de gestion au contexte hospitalier, en les incitants à une convergence vers un but commun. Plusieurs méthodes sont à la disposition du contrôle de gestion pour favoriser l'adhésion aux objectifs de l'organisation et la coopération nous citons : le développement de l'autonomie et de la responsabilité ; le décloisonnement du fonctionnement des services ; la valorisation des compétences et des pratiques professionnelles ; la formation et l'information ; et la communication.

2. Les outils du contrôle de gestion

Un bon système de contrôle de gestion doit obligatoirement reposer sur un certain nombre d'outils afin d'assurer les rôles qui lui sont dévolus et d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés. En raison de leur diversité, de leur complexité et de leur importance dans le système de contrôle de gestion, les outils de formalisation des prévisions et les outils de contrôle et d'évaluation des réalisations seront étudiés.

2.1. Les outils de formalisation des prévisions

Maîtriser son environnement constitue une préoccupation majeure de l'organisation. Pour y parvenir, les organisations utilisent plusieurs outils qui visent à conduire avec lucidité, l'anticipation, l'analyse et la régulation des paramètres de gestion. Parmi ces outils de formalisation des prévisions, on peut retenir :

⁴⁶Leteurtre. H et Patrelle. I et Quaranta. J.-F et Ronziere. N. « *La qualité hospitalière* », 2ème édition, coll. Audit hôpital, Berger-Levrault, 1999.

2.1.1. La planification

La planification selon GARMILIS (1992) est « *une démarche qui consiste à partir d'une connaissance de l'environnement de l'établissement ainsi que de ses forces et faiblesses (diagnostic), à faire des choix concernant l'avenir à long terme (stratégie), et à définir les moyens permettant de concrétiser ces choix (plan opérationnel)* »⁴⁷

On relève toutefois que, la planification conserve en période incertaine un triple intérêt : l'étude des situations existantes, c'est-à-dire le diagnostic du présent de l'établissement ; la prise en compte de la coordination nécessaire des actions des responsables et l'établissement de projets cohérents.

La planification résulte de la synthèse de deux types de projection : une projection de référence qui consiste à prévoir ce qui se passerait sans intervention organisée et une projection désirée qui est la recherche de ce que les dirigeants de l'établissement voudraient atteindre en fin de période de référence. La démarche de planification s'articule autour d'un processus qui se présente comme suit : une planification stratégique, une planification structurelle et une planification opérationnelle.

2.1.2. Le budget

Le budget est l'évaluation chiffrée des ressources et des emplois d'un service, d'une fonction ou d'une organisation⁴⁸. On peut donc entendre par budget un outil de gestion qui permet aux organisations publiques ou privées de prévoir, d'orienter et d'évaluer leurs activités. Le budget peut être établi sur une base annuelle mais il peut également porter sur des périodes plus courtes : le semestre, le trimestre ou le mois⁴⁹. Le budget est une allocation (une autorisation) de dépenses⁵⁰.

Avant de pouvoir réaliser un budget, les conditions suivantes doivent être réunies :

- un système capable de fournir les informations requises ;
- une comptabilité analytique, cadre de la budgétisation ;

⁴⁷Garmilis AU et Arnaud HERVE et Vignon Domonique : « *Le contrôle de gestion... en action* », 1992.

⁴⁸ Amadou SOW : « *évaluation du contrôle de gestion en milieu hospitalier : Cas de l'hôpital général de Grand-Yoff* », diplôme d'études supérieures spécialisées (d.e.s.s.), option : gestion hospitalière, 15eme promotion. octobre 2005.

⁴⁹Bérenger Aymar Dansou : « *Analyse budgétaire d'une formation sanitaire publique au Benin: cas de l'Hôpital de Zone de Pobè* », en sciences de gestion, Dans la catégorie: Economie et Finance, Université de Parakou Bénin - Maâ@trise. 2011.

⁵⁰Office de la formation professionnelle et de la promotion du travail, direction recherche et ingénierie de formation : « *la gestion budgétaire* », spécialité : gestion des entreprises, janvier 2005, page 09.

- une organisation de l'établissement en cohérence avec les budgets c'est-à-dire en centres de travail (centre de responsabilité) avec, à leur tête, un responsable

L'efficacité de la gestion budgétaire repose inéluctablement sur le respect de principes et d'une démarche procédurière objective.

- **Les principes de la gestion budgétaire**

Six principes peuvent être retenus :

- **Principe de totalité du système budgétaire** : toutes les activités de l'établissement doivent être budgétisées. ce qui suppose que les missions des services ont été spécifiées et concrétisées par des objectifs précis et mesurables et aucune activité n'est laissé hors responsabilité.
- **Principe de contrôlabilité des éléments du budget** : Un service ne peut être tenu pour responsable que des éléments qu'il contrôle. Par conséquent, le budget d'un service doit séparer les éléments dépendant du chef de service appelés éléments contrôlables et les éléments sur lesquels, le responsable n'a aucune possibilité d'action : ce sont les éléments dits non contrôlables.
- **Principe de non remise en cause des politiques et stratégies**: le système budgétaire qui est à la fois un moyen de mise en œuvre à court terme et un moyen de contrôle de ces plans, ne peut se situer que dans un contexte : il ne remet pas en cause la réflexion à long terme. Autrement, le budget s'inscrit dans le cadre de la politique générale .Le budget est l'aboutissement du cycle de la planification et constitue la mise en œuvre de ce dernier et consiste à détailler le programme d'actions année par année et à affecter les responsabilités et allouer les ressources nécessaires.
- **Principe du couplage du système budgétaire avec le style de management** : Le processus de la budgétisation et de contrôle doit être cohérent avec le style de management et la politique de personnel de l'organisation.
- **Principe de gestion par exception** : Ce principe consiste à ne s'intéresser qu'aux écarts jugés exceptionnels, qui sont hors du seuil de tolérance préalablement défini. Une telle approche du contrôle budgétaire est avantageux et permet de focaliser l'attention sur les points déterminants en raison de leur impact sur les objectifs des services ; d'éviter la dispersion de l'attention et la confusion qui résulte de la non hiérarchisation des problèmes et de permettre d'économiser du temps et donc des moyens.

➤ **Principe de motivation** : Un système budgétaire ne peut réussir que si le système d'incitation qui lui est associé correspond à la culture dominante du personnel. L'établissement doit prévoir à l'intérieur du système budgétaire, des forces de motivation qui pousseront les responsables à accepter ou à se fixer des objectifs ambitieux et à réagir aux écarts et mener les actions correctives nécessaires à l'atteinte des objectifs.

L'observation stricte de ces principes contribue à faire du budget un cadre d'action de gestion cohérent et important pour un management efficace.

– **Les étapes de la procédure budgétaire** ⁵¹

Le calendrier budgétaire doit être respecté et les différentes phases budgétaires qui s'articulent autour du calendrier peuvent être décrites de la manière suivante : la réalisation des études préparatoires ; établissement du pré – budget ; la diffusion de la note d'orientation générale ; l'élaboration des budgets des services ; l'Arbitrage ; harmonisation des budgets des services ; et l'établissement du budget définitif.

Le système budgétaire constitue l'une des prestations du contrôle de gestion, mais, l'efficacité de sa conception, et de sa mise en œuvre est largement tributaire de l'implication de tous les acteurs du processus.

2.1.3.La comptabilité de management

Le principal outil du contrôle de gestion en matière de gestion des coûts est la comptabilité analytique de gestion. Selon Hervé LETEUTRE, pour étudier l'hôpital à cette fin du siècle qui est ouvert de façon forcée ou délibérée sur son environnement, il est important de mettre à la disposition des managers hospitaliers une comptabilité de gestion afin de faciliter l'exercice de leurs choix.

L'objectif de la comptabilité de management est de connaître les coûts des différentes fonctions assurées par l'établissement ; de déterminer les bases d'évaluation de certains éléments de son bilan ; d'expliquer les résultats en calculant le coût des produits, d'autre part ; d'établir des prévisions de charges et de produits d'exploitation et d'en constater la réalisation et d'expliquer les écarts qui en résultent. Cet important développement du rôle de la comptabilité analytique résulte en effet des transformations observées à la fois dans les processus de réalisation des

⁵¹Office de la formation professionnelle et de la promotion du travail, direction recherche et ingénierie de formation .op .cit.

produits de l'établissement et dans la façon dont les ressources sont attribuées aux différentes unités de l'entreprise.

2.1.3.1 Le calcul des coûts à l'hôpital

L'étude du calcul des coûts à l'hôpital repose au préalable sur la connaissance fine des différents coûts qui existent, de leur objet et de leur finalité. Le calcul des coûts doit être effectué de façon à fournir les bases permettant d'opérer une distinction entre les différents coûts générés par les traitements hospitaliers, ambulatoires et de longue durée ; de déterminer les coûts de l'assurance obligatoire des soins, en relation avec les traitements hospitaliers à l'hôpital. La désignation des coûts aide à la bonne détermination des montants d'assurance, et cela à partir des coûts réels de l'activité fournis et de calculer et de suivre les budgets globaux. En d'autre terme, la détermination des coûts réels permet une bonne gestion et une meilleure répartition du budget global et aide à la prévision d'un budget global plus adapté aux besoins de l'hôpital pour les années suivantes.

2.1.3.2. Les méthodes de comptabilité analytique appliquée à la santé

Plusieurs méthodes de comptabilité analytique, plus ou moins complexes, peuvent être envisagées pour l'évaluation des coûts en milieu hospitalier. Dans la plupart des cas, elles nécessitent au préalable l'élaboration d'un système fiable de collecte et de traitement de l'information médicale.

Nous pouvons distinguer trois méthodes de calcul des coûts : la méthode des sections homogènes, la méthode des groupes homogènes de malades et enfin celle du coût par activité, c'est la méthode qui répand le plus aux besoins du système de gestion des hôpitaux.

❖ La méthode des sections homogènes

En janvier 2002, le Ministère de la santé a mis en place un système de calcul des coûts pour préparer les établissements hospitaliers, aux défis de la contractualisation et aux exigences d'une gestion plus souple qui refléterait la réalité des coûts engendrés, à l'occasion de la dispensation des soins. Le système de calcul des coûts⁵² ainsi conçu s'apparente à la comptabilité analytique des entreprises mais adapté au milieu hospitalier : il s'agit de la méthode des sections

⁵²Cheriet F: « *Essai de détermination des couts en milieu hospitalier : cas de l'hospitalisation pour accouchement simple dans les maternités de Targa Ouzemmour et Aokas dans la wilaya de Béjaïa* ». In : Transition et système de santé en Algérie, édition CREAD, 2009. p 133.

homogènes dont le découpage se fait en plusieurs sections ayant des activités proches. Les dites sections sont scindées en deux sections « principales » et « auxiliaires ». Le coût de revient se dégage de lui-même à l'aide des clés de répartition après la ventilation primaire et secondaire de toutes les charges. L'application de la méthode des sections homogènes souffre de plusieurs difficultés, il s'agit notamment du découpage lui-même en section auxiliaires et annexes⁵³, du problème du choix des clés de répartition, de critère de base de l'imputation des charges ainsi que la ventilation entre charges fixes et variables.

– L'application de la méthode des sections homogènes

Le principe de la méthode des sections homogènes est le découpage des établissements hospitaliers en parties ayant plus ou moins des activités proches. La première difficulté de l'application de cette méthode est liée à ce découpage préliminaire en sections principales et auxiliaires. Nous pouvons nous inspirer à titre indicatif du découpage tel que présenté dans un guide méthodologique du ministère de la santé :

Tableau N° 05 : Sections principales et sections auxiliaires en milieu hospitalier

Sections Principales	Sections auxiliaires à caractère médical	Sections auxiliaires à caractère général		
		Administration	Service Economique	Service social
Hospitalisation Hôpital de jour Consultation Urgences Hémodialyse Stomatologie Med du Travail Med Légale SAMU	Bloc Opératoire Imagerie Laboratoire Explora. Fonct SEMEP Ergothérapie Rééducation	Distribution Économat Personnel Bureau Entrées Surveillance Standard Bibliothèque	Pharmacie Magasins Parc Auto Lingerie Buanderie Cuisine Entretien Hygiène	Assistance Sociale Médecin « personnel » Chambres de garde Logements d'astreinte Crèche Internat Locaux syndicaux Foyer / cafétéria

Source : M.S.R.H. (2001) : « guide méthodologique de calcul des coûts en milieu hospitalier », Alger.

Quelques remarques s'imposent concernant le tableau ci-dessus :

- le caractère définitif de la prestation détermine si une section est auxiliaire ou principale : ainsi, les activités du bloc opératoire, les actes de laboratoires ou de radiologie ne constituent pas

⁵³Oufriha F.Z: « La réforme hospitalière en Algérie : un difficile accouchement », in : Transition et système de santé en Algérie, édition CREAD, 2009. p 71.

des sections principales d'hospitalisation pour un service déterminé, car pouvant s'effectuer pour des malades admis dans la quasi-totalité des services. Par contre, le service de gynécologie est une section principale car ses journées d'hospitalisation ne sont produites au profit d'aucun autre service. La prestation est dite dans ce cas définitive ;

- le découpage en sections principales et auxiliaire se doit d'ignorer l'implantation géographique de l'unité concernée, le volume des dépenses⁵⁴ et le contact direct ou pas avec les malades ;⁵⁵
- Après l'étape de découpage en sections, vient celle de la répartition primaire et secondaire des charges et enfin celle du calcul des coûts de revient.

❖ **La méthode des groupes homogènes de malades**

Le groupe homogène de malades est un regroupement selon les résumés standardisés de séjour (RSS) de malades ayant le même parcours clinique. En remplaçant la journée d'hospitalisation par un concept d'output médical homogène, la méthode GHM permet de dépasser la dimension quantitative de l'activité pour lui substituer une notion de « produit » faisant sens pour les professionnels de la santé, en s'appuyant non pas sur une homogénéité comptable mais clinique de l'activité.

En Algérie, l'application de la méthode des GHM a fait l'objet d'une étude réalisée par une étudiante de l'école supérieure de commerce (Dahak ,1998). Ce travail se voulait à un essai d'évaluation des coûts d'hospitalisation et de prise en charge des malades selon une classification des pathologies infectieuses. Cependant, cette tentative s'est fortement heurtée à l'inévitable écueil du manque/ non fiabilité des données. On notera aussi les travaux menés au service de pédiatrie du CHU d'Oran (Aguercif M .2001)⁵⁶.

L'Algérie semble être, en retrait, par rapport à tous les outils de régulation médicalisée, les seuls efforts déployés sont focalisés davantage sur l'application de la méthode de sections homogènes en tant qu'outil de calcul des coûts en milieu hospitalier. Même la dite méthode souffre de plusieurs lacunes.

⁵⁴ a titre d'exemple, le bloc opératoire « *grand consommateur* » de budget est considéré comme une section auxiliaire à caractère médical. *a contrario*, la consultation de médecine générale qui consomme relativement moins de dotations budgétaires constitue une section principale.

⁵⁵ Ziri. G et Seddiki. H : « *analyse des coûts de l'activité hospitalière* », mémoire de licence en sciences de gestion, université de Béjaïa. 2003, p.08.

⁵⁶Cheriet f. op. cit. p 135.

Malgré son incontestable succès, plusieurs critiques ont été formulées à l'égard de la méthode des groupes homogènes de malades :

- la méthode GHM est basée sur une variable essentielle pour la détermination des groupes : la durée moyenne de séjour. Or, pour une même pathologie, elle peut différer d'un établissement à un autre ou d'un pays à un autre. En d'autres termes, un malade peut se retrouver dans deux GHM différents selon l'établissement ou le pays dans lequel il est traité !
- l'utilisation de la DMS peut donner lieu à des interprétations erronées sur l'efficacité⁵⁷ et la qualité de la prise en charge d'un malade : « une DMS importante donne deux interprétations contradictoires : Soit elle signifie une gravité moyenne des cas traités, soit elle constitue un indicateur d'inefficacité médicale ou organisationnelle »⁵⁸ ;
- la méthode tente de « dé monopoliser » l'information médicale tenue jusque-là par les seuls médecins et contourner ainsi les problèmes liés aux asymétries d'information⁵⁹.

Ce faisant, la méthode « déshumanise » l'activité médicale et assimile le malade à un véritable produit standard, devant suivre une procédure médicale « automatique » selon son groupe homogène d'appartenance, Néanmoins, la méthode semble séduire de plus en plus de gestionnaires qui, pour des raisons de rationalité économiques évidentes, s'acheminent vers une application généralisée des GHM.

❖ La comptabilité par activités ou méthode ABC

La comptabilité à base d'activité est née, dans les années quatre-vingts, des travaux du CAM-I (Computer Aided Manufacturing -International), association internationale créée en 1972 à l'initiative de grands groupes industriels américains pour organiser et financer collectivement des programmes de recherche dans différents domaines. Elle a été conçue afin de pallier aux inconvénients des méthodes traditionnelles de comptabilité analytique, notamment la méthode des sections homogènes. Elle met à la disposition des manageurs des informations adaptées à une nouvelle forme de la structure des coûts permettant de mieux savoir sur quels produits investir,

⁵⁷ F. Cheriet : « *Essai d'évaluation des effets de l'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas de la wilaya de Bejaia* », Université de Bejaia. 2001.

⁵⁸ Leleu. H et Dervaux. B : « *Comparaison des différentes mesures d'efficacité technique : une application aux centres hospitaliers français* », Revue économie et prévision, numéro spécial : nouvelles approches microéconomiques de la santé N°129/130, 3/4, JUILLET-SEPTEMBRE 1997.

⁵⁹ Rochaix. L : « *Asymétries d'information et incertitude en santé : Les apports de la théorie des contrats* », Revue économie et prévision, Numéro spécial : nouvelles approches microéconomiques de la santé, N° 129/130. 3/4. JUILLET-SEPTEMBRE 1997.

désinvestir, ou sur quelles activités, quels processus, quels services faire porter l'effort d'amélioration et celui de réduction des coûts.

– Le principe de la méthode ABC

Le principe de cette méthode semble identique à celui des sections homogènes. Néanmoins, cette méthode vise à comprendre la répartition des ressources par l'analyse des activités et non par une répartition selon les structures existantes.

Le postulat de base de cette méthode est le suivant « *les produits consomment les activités et les activités consomment les ressources* »⁶⁰. Dans les méthodes 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, cause les coûts. Les produits, eux, consomment les activités. Le schéma suivant présente cette logique.

Pour mieux comprendre cette méthode, il est nécessaire de définir certains concepts spécifiques, tels que : les ressources, l'activité, le processus et l'indicateur.

✓ 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* »⁶¹.

✓ L'activité

Le terme « *activité* » est le concept central de la méthode ABC. L'activité est définie comme un ensemble de tâches élémentaires dont la cause est commune, réalisée par un individu ou un groupe, en faisant appel à un savoir-faire spécifique et à des comportements homogènes. La notion d'homogénéité est fondamentale dans le découpage de l'établissement par activités. C'est elle qui permet de distinguer le concept d'activité de celui de fonction, puisque les

⁶⁰ Baron. P et Corfmat. D et Helley. A : « *La mutation du contrôle de gestion* », Organisation, Paris, 2000, p.119.

⁶¹ Ravignon. L : « *Méthode ABC/ABM, Rentabilité mode d'emploi* », Organisation, Paris, 2003, p. 264.

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...

T. Garrot définit la notion d'activité appliquée à l'hôpital : « *les activités regroupent l'ensemble des tâches élémentaires pratiquées par l'établissement pour la réalisation d'une prestation. (...). Une activité hospitalière décrite par la méthode ABC fait référence à une technique ou à une technologie conduisant à la production d'un acte ou d'une prestation partielle* ».⁶²

✓ **Le processus**

Le processus est constitué d'activités. Les activités représentent ce que sait faire l'établissement et non pas ce qu'il voudrait faire. Le processus regroupe les activités qui ont un lien entre elles et permettant de fournir un résultat précis. Le but global d'un processus est commun à toutes les activités qui le composent.

T. Garrot donne pour le processus à l'hôpital la définition suivante : « *Les processus permettent de décrire à l'aide des activités les prestations ou les produits fournis aux usagers de l'institution hospitalière (...). Ainsi, chaque prestation hospitalière est un panier de processus ou d'activités* »⁶³

✓ **L'indicateur**

Le terme « unité d'œuvre » utilisé dans les méthodes des coûts traditionnelles est remplacé, dans la méthode ABC, par l'indicateur. Ce nouveau terme définit les indicateurs de causes profondes de consommation. Le choix de la nature de cet indicateur est primordial : il doit permettre de répartir les ressources consommées par chaque activité.

Il y a deux types d'indicateur :

- Un indicateur de ressources : qui « *est un critère de répartition de ressources (les charges) sur les activités. Par voie de conséquence, il permet de traiter les charges détaillées dans le budget pour les affecter aux différentes activités retenues* »⁶⁴ ;

⁶² Garrot. T : « *La gestion hospitalière par la méthode ABC* », 2000, cité in M. Amalou (2009) : Op. Cit., p.79.

⁶³ Idem., p.80.

⁶⁴ A.M.U.E. (2006) : « *Mise en place d'une comptabilité analytique au sein des E.P.S.C.P : recueil des fiches techniques et méthodologiques* », Paris, p.67.

– Un inducteur d'activité : qui « *est un critère de ventilation du coût de l'activité sur le produit fini dont on souhaite déterminer le coût. Un inducteur d'activité vient donc expliquer la consommation des coûts de l'activité par les produits d'un établissement* »⁶⁵.

– **Les étapes de l'implantation de la méthode ABC**

La mise en œuvre d'une étude par la méthode ABC au niveau d'un établissement nécessite six étapes essentielles :

- 1) l'analyse des activités : consiste à identifier et à recenser les activités réalisées dans un hôpital, telles qu'elles sont exercées. Pour réaliser cette étape et obtenir une bonne description de l'organisation, il est nécessaire d'avoir un maximum de renseignements sur la structure de l'hôpital ; ainsi la collecte des informations doit être rigoureuse.
- 2) La saisie et l'affectation des ressources (charges indirectes): consiste à déterminer le coût des activités en y affectant les charges indirectes. Pour identifier les charges indirectes de l'établissement, on utilise des données issues du SIH.
- 3) Le choix des indicateurs : qui servent à imputer le coût des activités aux coûts des produits. Pour choisir un indicateur 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 indicateur du style « nombre de pièce produites ».
- 4) Le regroupement des activités par indicateur : est fréquent que plusieurs activités aient le même indicateur. On regroupe les activités par indicateur commun et on obtient ainsi des centres d'activités. Dans chaque centre, toutes les activités ont le même indicateur.
- 5) Le calcul des coûts des indicateurs : Lorsqu'on a déterminé le coût global d'une activité pour une période donnée, il est possible d'en calculer le coût unitaire.
- 6) L'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

⁶⁵ A.M.U.E. op. cit. p.67.

d'indicateurs de chaque activité est multiplié par le coût unitaire de ces mêmes indicateurs. Le résultat obtenu est le coût d'une quantité donnée d'un produit.

2.2. Les outils d'évaluation et de contrôle des réalisations

L'évaluation et le contrôle des activités constituent l'une des principales missions du contrôle de gestion. L'évaluation permet donc l'examen de l'ensemble des mécanismes qui permettent à un système de conserver ou de retrouver les équilibres qui assurent sa survie et lui permettent d'atteindre ses objectifs.⁶⁶

2.2.1. Le système d'information de gestion

Le pilotage ne peut être aveugle. Chaque fois qu'une décision est prise, elle s'appuie sur une information. Parallèlement, toute décision nourrit le système d'information. Pour assurer la gestion d'organisations de plus en plus complexe, il est devenu nécessaire de prendre en compte, à côté des facteurs de production classiques (travail et le capital) l'information qui est indispensable à deux égards : elle résume et enregistre les faits historiques qui marquent la vie de l'établissement et elle offre à un moment donné, un extrait de connaissances nécessaires à son fonctionnement.

2.2.2. L'évaluation de la performance

Plusieurs concepts permettent de définir la performance, du moins sous certaines formes : l'efficacité, l'efficience et l'économie. La mesure de la performance requiert une attention particulière en vue d'éviter les dysfonctionnements possibles. L'évaluation de la performance est un outil de contrôle de gestion qui nécessite la définition des centres de responsabilité, l'identification des niveaux d'analyse et le choix d'indicateurs pertinents de performance.

2.2.3. Le tableau de bord de gestion

Pour piloter et mesurer la performance de l'établissement, les managers ou les décideurs ont besoin des indicateurs synthétiques qui sont regroupés sous forme de tableau de bord. Plusieurs spécialistes en gestion ont proposé de nombreuses définitions de tableau de bord. Selon Claude ALAZARD et Sabine SEPARI « *Un tableau de bord est un ensemble d'indicateurs organisés en système suivis par la même équipe ou le même responsable pour aider à décider, à coordonner, à contrôler les actions d'un service. Le tableau de bord est un instrument de*

⁶⁶ Amadou SOW. Op. cit.

*communication et de décision qui permet au contrôleur de gestion d'attirer l'attention du responsable sur les points clés de sa gestion afin de l'améliorer».*⁶⁷

2.2.3.1. Le rôle du tableau de bord

Le tableau de bord accroît l'autonomie de gestion des responsables. Dans le management des organisations, le tableau de bord remplit plusieurs fonctions :⁶⁸

- Le tableau de bord est instrument de contrôle et de comparaison : dans sa conception, le tableau de bord permet de contrôler en permanence les réalisations par rapport aux objectifs.
- Le tableau de bord est un outil d'aide à la décision : en mettant en évidence l'état de fonctionnement du centre de responsabilité ou de l'organisation, le tableau de bord aide à la décision dans la mesure où il fournit des informations sur les points clés de la gestion et sur les dérapages possibles.
- Le tableau de bord est un outil d'aide à la prévision : en présentant non seulement la situation passée, mais également la situation envisageable dans l'avenir en fonction de l'historique de l'indicateur, le tableau de bord constitue un outil d'aide à la prévision.
- Le tableau de bord est un outil de pilotage de la performance : en garantissant le dialogue et l'amélioration continue des activités au sein de l'organisation ainsi que le suivi des facteurs clés de succès, le tableau de bord se révèle un excellent outil gestion de la performance.

2.2.3.2. Modèle de conception d'un tableau de bord

Cette technique de conception de tableaux de bord repose sur :

- **Etudes préalables**
- ✓ Etude d'opportunité : il s'agit de faire l'étude d'opportunité et de faisabilité de la mise en place des tableaux de bord et ensuite tracer un plan de réalisation ;
- ✓ Choix des centres pour lesquels les tableaux de bord sont réalisés : A partir du découpage organisationnel de l'entreprise en centres d'activité ou en centre de responsabilités. Certains

⁶⁷ Claude Alazard, Sabine Separi. Op. cit. p. 591

⁶⁸ Alazard Claude et Separi Sabine : « *Contrôle de gestion* ». Edition Dunod, Paris, 4ème Edition, Rouach Michel & Naulleau Gérard : « *Contrôle de gestion bancaire et financier* », 1998.

centres peuvent être jugés prioritaires par rapport à d'autres pour la mise en place des tableaux de bord de gestion selon les priorités de l'organisation ;

- ✓ Identification de la mission du centre : il s'agit de faire une analyse stratégique au terme de laquelle peuvent être identifiés les objectifs stratégiques du centre ou les préoccupations de gestion et les processus centraux qui permettent de réaliser ces objectifs ;
- ✓ Choix des facteurs clés de succès : il s'agit de mettre en évidence les facteurs clés de succès sur lesquels les responsables des centres d'activité devront se focaliser pour atteindre les objectifs stratégiques définis dans l'étape précédente. Les facteurs clés de succès sont les domaines dans lesquels les résultats s'ils sont satisfaisants, assurent une bonne performance d'ensemble de l'organisation.

– **Le choix des indicateurs**

Pour chaque centre d'activités, le processus d'élaboration du tableau de bord se fait en privilégiant la voie de la concertation et de la négociation de manière à ce que les responsables des centres d'activité s'approprient les indicateurs. A partir de leurs préoccupations de gestion et des facteurs clés de succès, il faut définir une liste d'indicateurs qu'il serait nécessaire de suivre pour maîtriser la situation.

– **Informatisation et diffusion du tableau de bord**

L'établissement doit disposer de l'infrastructure (système d'information) adéquate pour la production de l'information nécessaire pour alimenter le système de mesures de performance. En effet l'outil informatique consiste une aide précieuse pour le recueil, l'extraction et la manipulation des informations.

CONCLUSION

Le système hospitalier algérien se caractérise par la coexistence d'établissements de soins à caractère public et à caractère privé. Le secteur public hospitalier sanitaire et social regroupe les établissements publics relevant des domaines sanitaire, social et médico-social. Sont regroupés sous l'appellation « hôpital public » les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux, incluant ou non... les centres hospitaliers régionaux universitaires, ... pour le secteur privé, on distingue les établissements de soins à but lucratif - que l'on appelle

généralement cliniques - et d'autres dépourvus de but lucratif, qui participent le plus souvent au service public hospitalier.

Il s'avère que l'explosion des dépenses de santé en Algérie est due aux changements apparus dans les relations entre d'une part les systèmes de santé et les systèmes économiques qui les portent et d'autre part aux évolutions propres aux systèmes de soins en Algérie. L'explosion de la dépense de remboursement des médicaments, tire son origine essentiellement d'une dépendance importante vis à vis de l'étranger en matière de médicaments. D'autre part, l'Algérie est actuellement en pleine transition épidémiologique et démographique, on observe depuis quelques années à la fois une réduction des maladies transmissibles et un accroissement des maladies chroniques mais aussi une baisse significative du taux de fécondité et une modification de la pyramide des âges. Cette évolution induit une modification des besoins sanitaires de la population, tous les facteurs qui ont joué sur la croissance de la demande de santé en Algérie sont entraînés sur un accroissement important des dépenses de santé.

Le système d'information hospitalier demeure un moyen indispensable à la bonne gestion des établissements de santé. La mise en place d'un système d'information approprié aux activités de soins est une condition *si qua non* à toute prise de décision avisée. Face à la croissance incontrôlée des dépenses hospitalières, les pouvoirs publics et les bailleurs de fond ont appliqué plusieurs modes de financement des hôpitaux, mais les résultats escomptés n'ont pas été obtenus. En Algérie, la situation devient critique ; un changement radical dans le système de financement hospitalier s'impose de plus en plus.

La réforme hospitalière se met progressivement en place grâce à un appoint en cadres de gestion que la DES recrute et forme. La quatrième section montre que le contrôle de gestion y fonctionne actuellement comme un contrôle budgétaire simple qui élabore des budgets globaux et produit des rapports trimestriels de suivi budgétaire. Le calcul des coûts est un système orienté vers la recherche de l'efficience y sont généralement absents.

Ce premier chapitre est une synthèse de la littérature portant sur l'état de la gestion hospitalière. Le chapitre qui suit traite plus spécifiquement la mise en œuvre du système de triple comptabilité hospitalière dans un hôpital public.

INTRODUCTION

L'Algérie a élaboré des programmes pour renforcer les compétences des dirigeants hospitaliers et mis en place des procédures modernes de gestion hospitalière, qui visent notamment à rendre la gestion des hôpitaux plus rationnelle et à permettre ainsi une amélioration des systèmes d'informations et à renforcer leur efficacité.

Dans ce contexte, le MSPRH a ordonné la mise en place d'un système d'information et de calcul des coûts dans les hôpitaux publics, et cela par l'installation du système de triple comptabilité hospitalière (3COH) à partir de janvier 2010. Ce système a pour but la collecte et l'enregistrement de toutes les informations concernant l'hôpital et sa structure, puis la détermination des coûts des activités de l'hôpital et, enfin, d'élaborer au décideur de l'établissement un tableau de bord qui lui permet une bonne gestion et une prise de décision avisée.

Ce chapitre est composé de quatre sections. La première est consacrée aux modes de fonctionnements et les principes sur lesquels reposent les trois comptabilités (générale, analytique et budgétaire), ainsi que la complémentarité existante entre eux. La deuxième section tente de cerner les principales fonctions du système et ses notions de base et la définition de diverses rubriques et modules qui comportent dans le logiciel 3COH. La troisième section présente l'architecture de base du système 3COH dans des étapes progressives pour la mise en œuvre de ce système et dans la quatrième et dernière section en clarifiera le fonctionnement des modules du système 3COH : cas du module comptabilité analytique.

I. GENERALITE SUR LE SYSTEME DE TRIPLE COMPTABILITE HOSPITALIERE

Le système de comptabilité de gestion mis actuellement en place dans de différents établissements hospitaliers en Algérie vise à instaurer de nouveaux mode de fonctionnement en matière de comptabilité d'un établissement public, avec pour objectifs la contribution à la valorisation du patrimoine, une meilleure appréhension de la réalité de l'activité annuelle en terme de recettes et de dépenses et une connaissance des coûts des activités.

Nous ferons l'accent dans cette section sur les modes de fonctionnements et les principes sur lesquels reposent les trois comptabilités (générale, analytique et budgétaire), ainsi que la complémentarité existante entre eux. Le système 3COH introduit les notions de ces comptabilités

pour permettre aux usagers du système d'avoir l'ensemble des informations comptables et financières disponibles au sein de l'hôpital afin d'aider le gestionnaire à prendre ses décisions.

1. Présentation du mode de fonctionnement des trois comptabilités

Par ces trois comptabilités, le système 3COH offre des indicateurs de décision plus pertinents, et une identification réelle des besoins de l'établissement, ainsi que la détermination convenable des coûts des activités en rendant la comptabilité analytique obligatoire. Donc une présentation générale des comptabilités utilisées dans le système de 3COH est importante pour illustrer le but de l'adoption de ces trois modes de comptabilité.

1.1. La comptabilité générale

La comptabilité est un système d'organisation de l'information financière permettant de saisir, classer, évaluer, enregistrer des données de base chiffrées, et présenter des états reflétant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat de l'établissement public à caractère administratif à la date de clôture.

La comptabilité doit satisfaire, dans le respect du principe de prudence, aux obligations de régularité, de sincérité et de transparence inhérentes à la tenue, au contrôle, à la présentation et à la communication des informations qu'elle traite.

1.1.1. L'organisation de la comptabilité générale

Les écritures comptables sont passées selon le système dit « en partie double » : chaque écriture affecte au moins deux comptes, l'un étant débité et l'autre crédité conformément aux dispositions de l'article 5 du décret exécutif n° 91-313 susvisé¹.

Tout enregistrement comptable précise l'origine, le contenu et l'imputation de chaque donnée, ainsi que la référence de la pièce justificative qui l'appuie. Chaque écriture comptable s'appuie sur une pièce justificative datée, établie sur papier ou sur un support assurant la fiabilité, la conservation et la restitution éventuelle sur papier de son contenu. Toutefois, les opérations de même nature, réalisées en un même lieu et au cours d'une même journée peuvent être récapitulées sur une pièce justificative unique.

¹ Tricoh : « *Plan comptable des hôpitaux* », Algérie, 2010. Cité in www.site3coh.net.

Tout établissement hospitalier tient un livre journal et un livre d'inventaire :

- le livre journal enregistre les mouvements affectant le patrimoine de l'établissement hospitalier par la récapitulation au moins mensuelle des totaux des opérations comptabilisées. Dans le cadre d'un Plan Comptable Et Plan Analytique (PCEPA) informatisé, des documents informatiques imprimés peuvent tenir lieu de livre journal; ces documents doivent être identifiés, numérotés et datés dès leur établissement par des moyens offrant toute garantie en matière de preuve ;
- le livre d'inventaire reprend les états financiers de chaque exercice.

1.1.2. L'apport de la comptabilité générale

La comptabilité générale distingue plusieurs étapes dans les flux économiques. Les opérations sont rattachées à un exercice selon leur date de naissance (livraison d'un bien, service fait), selon la réalité de la consommation (charge, amortissement), selon la date d'identification du risque (provision). Les charges et produits dépendent directement des événements de l'année. Seuls sont imputés au compte de résultat les éléments dont le fait générateur est intervenu au cours de l'exercice.

La comptabilité générale, cadre d'analyse économique, permet la production de trois états financiers de base : le bilan, le compte de résultat et le tableau des flux de trésorerie. Elle fournit une représentation économique beaucoup plus riche que le simple modèle budgétaire.

Pour ce faire, la comptabilité générale utilise une nomenclature de comptes qui comprend :

- ✓ Les comptes de bilan (ou de situation) destinés à établir l'inventaire. Il mesure le patrimoine d'un établissement à un moment donné : c'est une photographie instantanée de ce qu'il a (actif) et de ce qu'il doit (passif).
- de ce que l'on a : argent en caisse, créances, stocks (médicaments, réactifs, produits d'entretien, consommables, pièces de rechange, ...), immobilisations (terrains, constructions, installations, matériel médical, mobilier de bureau, véhicules, ambulances, ...), C'est l'actif ;
- de ce que l'on doit : emprunts, sommes dues aux fournisseurs divers, impôts à payer, effets à payer, ... Ce qui constitue le « passif » ; autrement dit, ce qui a permis d'avoir les actifs ;

- ✓ Les comptes de gestion qui correspondent globalement aux recettes et aux dépenses : salaires du personnel, consommation, biens stockés, primes d'assurances, loyer, impôts, frais financiers, prestations de consultation, d'hospitalisation, de traitement médicaux, vente de produits sanguins ;
- ✓ Les comptes de résultat mesurent les ressources (produits) et les moyens consommés (charges) pendant une période ; ils mesurent la variation du patrimoine. En d'autres termes, ils servent à déterminer le bénéfice brut en fonction des recettes et des dépenses.

A noter, que la comptabilité générale utilisée par le système 3COH est à la base du nouveau système comptable financier (SCF) suite à la loi 07.11.

1.2. La comptabilité analytique

La comptabilité analytique est un ensemble de méthodes de collecte, d'enregistrement et de traitement des données quantitative et financières relatives aux activités économiques et sociales, en vue de déterminer des coûts, des prix de revient, des résultats et de fournir les éléments nécessaires au calcul des indicateurs de gestion qui permettent le suivi de l'évolution et de l'appréciation des performances.

La comptabilité analytique dans le système 3COH utilise comme unité d'œuvre soit la journée d'hospitalisation, soit la séance de consultation. Elle utilise comme unité de calcul des coûts la journée d'hospitalisation.

1.2.1. Objectifs et finalité de la comptabilité analytique

La comptabilité analytique permet la détermination des coûts des activités hospitalières et des résultats détaillés, variés et articulés suivant les besoins en information de gestion aux niveaux micro et macro-économique (notamment les coûts par produit, par activité, par fonction, par centres de responsabilité, etc...).

La comptabilité analytique ne se limite pas comme le fait la comptabilité générale à l'enregistrement des données dans le but de déterminer des résultats, elle prend en considération le critère économique.

Elle n'est pas rigide puisqu'elle permet l'utilisation de données économiques internes et externes à l'hôpital grâce à sa souplesse ; elle est un outil de gestion et une source d'information pour les décideurs et son cadre est élaborée dans cette optique.

Elle facilite l'élaboration des programmes d'exploitation et d'investissement de l'hôpital en permettant notamment une valorisation plus précise des éléments budgétaires.

Elle procède au calcul d'un ensemble d'indicateurs de gestions utilisables par tous les niveaux décisionnels de l'hôpital.

1.2.2. Présentation de la comptabilité analytique en tant que système de gestion interne

La comptabilité analytique a été perçue dans un premier temps comme instrument d'analyse complémentaire permettant de mieux comprendre l'origine et les modalités de formation du résultat d'un hôpital.

Si la comptabilité générale comporte les contraintes d'ordre légal et réglementaire et doit répondre beaucoup plus aux impératifs de contrôle externe, le rôle de la comptabilité analytique est avant tout de répondre à des préoccupations de gestion interne.

A ce titre, la structure paraît moins rigide dans la mesure où l'hôpital peut concevoir les méthodes ou les mécanismes qui lui paraissent les plus adéquats pour la saisie des coûts et le contrôle de l'activité. C'est dans le même ordre d'idées que le système de 3COH a intégré la comptabilité analytique comme une étape indispensable lors de l'exécution du logiciel 3COH.

2. La comptabilité analytique complément de la comptabilité budgétaire

La comptabilité budgétaire ne distingue pas un achat d'une consommation. Elle ne mesure que les flux financiers. Une fois payé, un bien est réputé être consommé. L'utilisation qui en est faite n'a aucun impact sur le budget.

L'un des objectifs majeurs de la comptabilité analytique est l'alimentation du système de gestion budgétaire. Pour atteindre cet objectif essentiel, deux types d'actions sont à envisager :

- La première se situe au niveau des délais, elle permet de trouver une solution au problème d'obtention des résultats analytiques à la fin de chaque période budgétaire. En effet, il est important de mesurer rapidement les résultats des décisions prises pour pouvoir les comparer aux

résultats attendus (budgets). Malheureusement, la comptabilité analytique dite « Historique » n'est pas en mesure de fournir en temps voulu ces données nécessaires à la comparaison, car il faut attendre que l'ensemble des coûts soit connu pour pouvoir dégager les résultats. Pour surmonter ce handicap, il est indispensable aux gestionnaire de recourir à l'utilisation des standards, comme il est possible de détourner la difficulté en utilisant une comptabilité analytique « prévisionnelle », c'est-à-dire fondée sur des standards. Cet outil est beaucoup plus approprié au contrôle de gestion, car il permet d'établir un lien efficace entre les budgets et le suivi des réalisations.

Avec l'informatisation du système 3COH et la délégation de la tache de saisie à chacun des services (chaque service se charge d'introduire les coûts qu'il a engendré dans la limite introduite par le profil usager), le système 3COH réduit cette période et prend en considération la comptabilité analytique prévisionnelle dans le cadre du système de base.

– La seconde action quant à elle concerne la cohérence au niveau « structurel ». Les fondements de la gestion budgétaire reposent sur une structure par centre de responsabilité. En comptabilité analytique, on parle plutôt de sections homogènes, qui peuvent servir de moyen de contrôle de gestion en facilitant la recherche et la mise en cause des responsabilités.

En définitive, la complémentarité entre les deux techniques exige une cohérence entre la structure par centre de responsabilité, cadre d'application de la gestion budgétaire, et celle des sections utilisées dans le cadre de la comptabilité analytique.

En intégrant les deux comptabilités, le système 3COH semble prendre en compte cette complémentarité, et cela est déjà perceptible au niveau des paramètres du logiciel. Ainsi, chaque service est considéré comme centre de responsabilité et chaque centre de responsabilité est constitué d'un ensemble de sections homogènes (sous-famille).

En résumé, nous pouvons constater qu'il existe une interdépendance entre les trois comptabilités dans le cadre du système 3COH. En outre, ce dernier, par son mode informatisé, oblige la mise en œuvre successive des trois comptabilités. Ainsi, l'enregistrement d'une facture d'achat, par exemple, n'est pas pris en considération dans l'état financière et le tableau de bord, si elle n'est pas enregistrée au préalable dans les étapes précédentes, c'est-à-dire dans la comptabilité générale, puis la comptabilité analytique et enfin dans la comptabilité budgétaire.

Cet enchaînement est dû au processus que chaque comptabilité prend en considération les résultats de la comptabilité précédente.

3. L'intégration de trois comptabilités

L'intégration du système de comptabilité de gestion à « triple » comptabilité au sein des établissements financiers est un défi de taille, mais elle devient une nécessité pour une saine gestion : maîtrise des budgets, suivi du patrimoine et gestion des coûts.

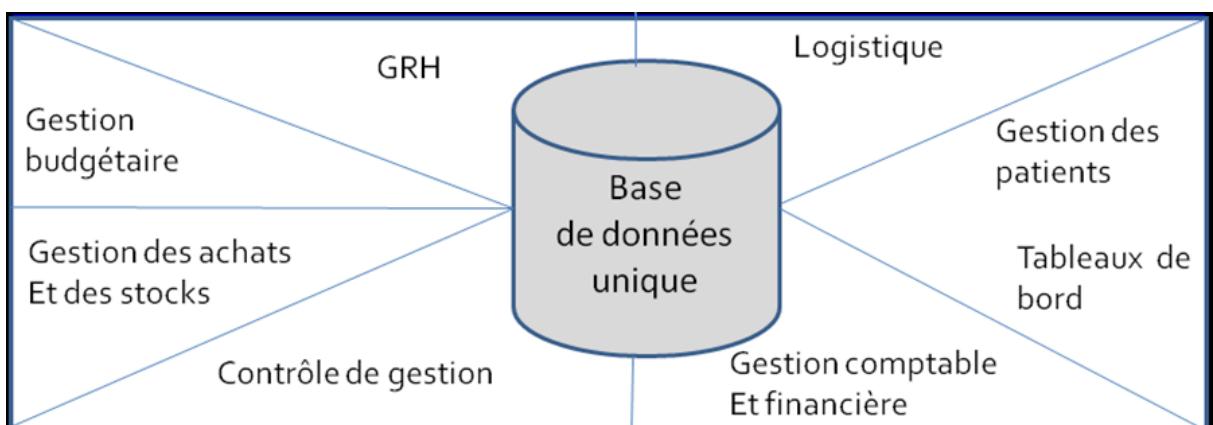
La mise en place d'un tel système ne peut être envisagée sans le recours à l'outil informatique au moyen d'un PGI (progiciel de gestion intégrée) qui permet, à partir d'une saisie unique, d'alimenter les trois sous-systèmes de comptabilité. Tel est le sens du système 3COH.

4. qu'est ce qu'un système intégré de gestion?

Un système intégré de gestion (SIG) est un système cohérent de procédures, de règles de gestion, d'outils, notamment informatiques, et de **comportements humains** qui permettent à l'ensemble des acteurs d'un établissement d'alimenter – en temps réel –, d'exploiter et de faire évoluer une base de données unique.

Le SIG s'appuie sur un logiciel (*ERP – Enterprise Resource Planning* –) unique qui prend en charge l'ensemble des fonctions de gestion de l'établissement.

Schéma N°01 : le système intégré de gestion



Source : Projet 3COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Un système intégré d'information de gestion constitue pour les responsables de l'établissement, à tous les niveaux, un outil d'aide à la décision. Cela signifie donc que ce système fournit des informations fiables, intelligibles, pertinentes et comparables.

II. ORGANISATION ET PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Les présentes dispositions s'appliquent à tous les établissements hospitaliers astreints à la mise en place d'une comptabilité destinée à l'information externe comme à son propre usage, sous réserve des dispositions qui leur sont spécifiques.

1. Fonctions et caractéristiques de base

Le logiciel 3COH vise à prendre en charge, de façon intégrée, la gestion du système d'information comptable des établissements hospitaliers.

Les principales fonctions du système sont :

- La prise en charge du système de comptabilité générale de l'établissement : gestion du plan comptable, saisie des écritures, production des documents de base tels que la balance générale, le grand livre, le journal général et même les états financiers (bilan, compte de résultat, tableau des flux de trésorerie, ...)
- Le traitement des opérations d'achat et d'approvisionnements : gestion des dossiers des fournisseurs, gestion et suivi des marchés et des conventions, émission et gestion des bons de commandes, enregistrement et comptabilisation des bons de réceptions, traitement des factures d'achat, engagements et liquidations budgétaires,...
- Le suivi des consommations des biens et services stockés : prise en compte des demandes des services, livraisons aux services (livraisons ponctuelles, livraisons sur dotations, livraisons sur ordonnances avec identification du malade), livraison aux tiers autres que les services, suivi des consommations par service, par tiers, par article, par familles d'articles, par DCI (médicaments), ...
- Gestion complète de tous les types de stocks : médicaments, produits d'alimentation, produits d'entretien, pièces de rechange, consommables, Traitement des divers mouvements

d'entrées, de sorties, de réintégration, de régularisation, ... avec comptabilisation par la génération automatique des écritures comptables ;

- La gestion du patrimoine immobilisé : acquisitions, amortissements, réformes, cessions,.... Suivi par famille et par localisation. Calcul automatique des amortissements avec ventilation automatique des charges d'amortissement par service ;
- Système de facturation au comptant et à terme ;
- Suivi de la trésorerie avec respect de la séparation des fonctions de l'ordonnateur et de celles du receveur ;
- Le calcul des coûts de revient des prestations fournies. A partir des valeurs extraites de la comptabilité générale (incluant les amortissements) et des données physiques importées des services, le système détermine le coût de revient des prestations livrées par l'établissement ;
- La production des états financiers mensuels et de divers indicateurs de gestion utiles au pilotage de l'établissement.

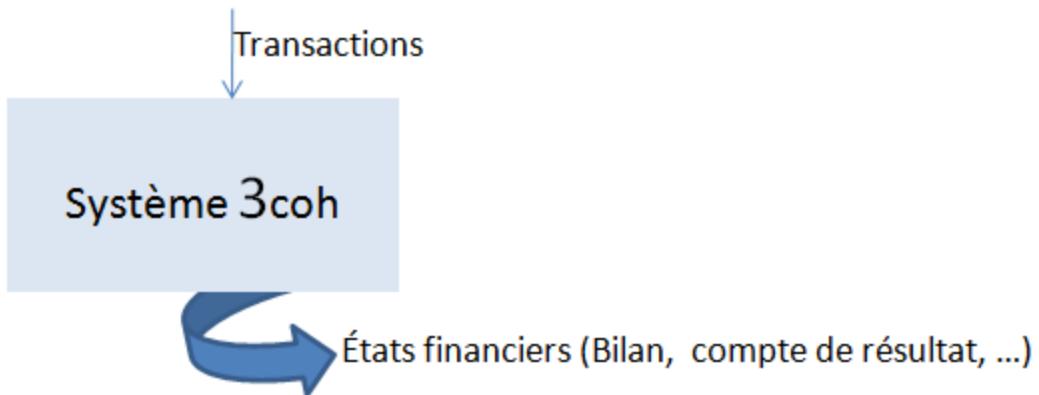
2. Présentation des concepts de base

Pour une bonne adaptation au système de triple comptabilité hospitalière, il faudrait savoir plus concrètement l'univers de ce système. Pour ce faire, nous allons présenter dans cette section quelques notions de base sur le 3COH.

2.1. Notion de transaction et de module

La fonction de base du système est de produire des états financiers à partir de transactions saisies (ou importées d'un autre logiciel) par un usager dûment autorisé.

Schéma N° 02 : la saisie d'une transaction par le système 3COH.

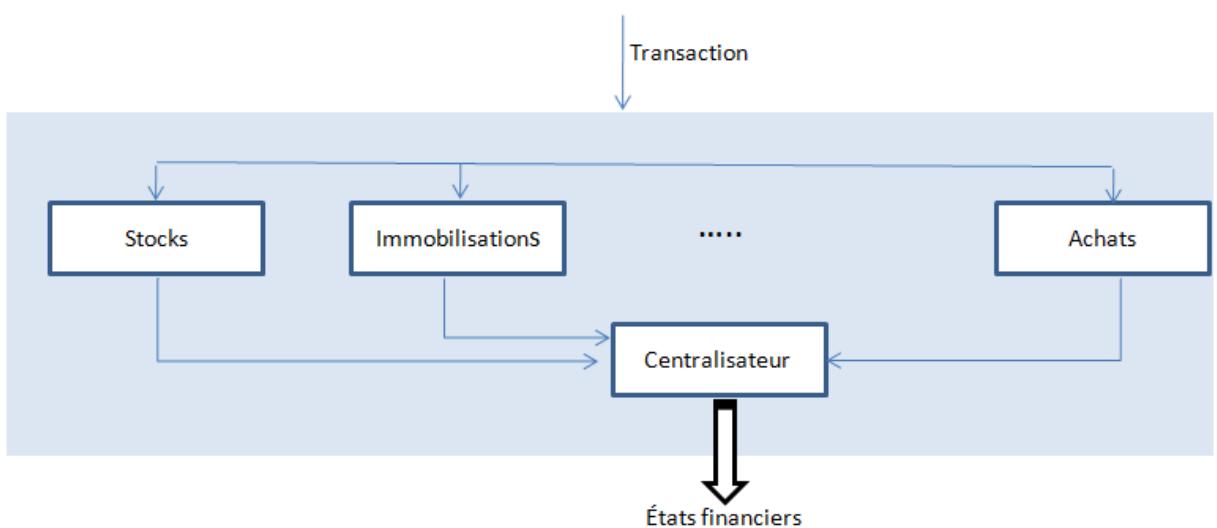


Source : Projet 3COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Une transaction peut être une facture émise ou reçue, un bon de commande, un bon de livraison, le règlement d'un fournisseur, la constatation d'une charge salariale, etc.

Dans la pratique, ces transactions sont classées par nature et sont prises en charge par des « modules » spécialisés. Par exemple : le module ACHAT traitera les transactions relatives aux achats, le module IMMOBILISATIONS sera responsable du traitement des opérations relatives aux immobilisations, ...

Schéma N° 03 : les transactions sont prises en charge par des modules spécialisés



*Les transactions sont prises en charge par des modules spécialisés.
Le module « Centralisateur » enregistre, en fin de période, le sommaire.*

Source : Projet 3COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

On dira que le système est modulaire, dans le sens où il est composé de sous-systèmes assurant des fonctions complémentaires spécialisées.

L'une des questions de base que vous aurez à vous poser est de savoir quel module utiliser pour prendre en charge telle ou telle transaction ou telle ou telle opération.

Le tableau ci-dessus vous aidera à répondre à cette question :

Tableau N° 06: Les modules utilisés pour prendre en charge des différentes transactions

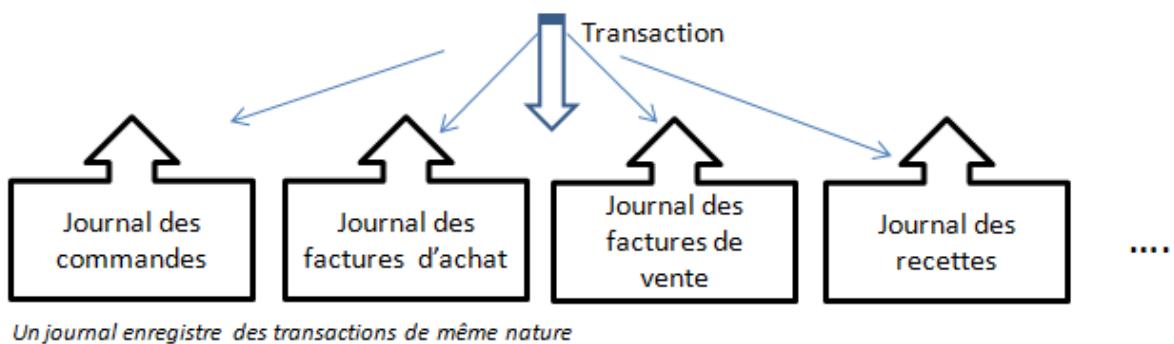
Transaction	Module	Observation
Création d'un dossier fournisseur	FOURNISSEURS	
Création du dossier d'un laboratoire	FOURNISSEURS	
Saisie d'un marché d'achat	ACHATS	
Convention avec un fournisseur	ACHAT	
Saisie d'une livraison d'un fournisseur	ACHATS	
Saisie d'une facture d'achat	ACHATS	résultant d'un BC
Saisie d'une facture d'achat	COMPTABILITÉ (OD fournisseur)	sans BC
Saisie d'un avoir sur achat	ACHATS	résultant d'un BC
Constatation des charges salariales (solde)	COMPTABILITÉ (OD hors tiers)	
Saisie d'un avoir sur achat	COMPTABILITÉ (OD fournisseur)	
Enregistrement d'un trop perçu sur salaire	COMPTABILITÉ (OD Client)	
Enregistrement d'une commande d'un service	CONSOMMATIONS	
Enregistrement d'une commande client	CONSOMMATIONS	
Enregistrement d'une ordonnance	CONSOMMATIONS	
Livraison à un service ou à un client	CONSOMMATIONS	
Règlement par un client (encaissement)	TRÉSORERIE	
Règlement d'un fournisseur (décaissement)	TRÉSORERIE	
Création d'un dossier client (ou service)	SERVICES ET REDEVABLES	
Règlement d'un fournisseur	TRÉSORERIE	
Règlement d'une charge (hors dettes)	TRÉSORERIE (hors tiers)	
Vente au comptoir	VENTE AU COMPTOIR	
Opérations sur patrimoine immobilisé (inventaire)	IMMOBILISATIONS	
Création d'un article en stock	STOCKS	
Opérations sur stocks	STOCKS	
Saisie (importation) du budget primitif	COMPTABILITÉ BUDGÉTAIRE	
Transferts de budget	COMPTABILITÉ BUDGÉTAIRE	
Création d'un dossier salarié	PERSONNEL	
Saisie des activités des services	COMPTABILITÉ ANALYTIQUE	

Source : Projet 3COH : « Guide de l'utilisateur », Algérie, 2010.

2.2. Notion de journal

Les transactions saisies sont enregistrées dans le système dans des journaux (électroniques). On peut définir un journal comme un contenant de transactions de même nature, habituellement classées selon leur ordre chronologique. Par exemple : nous parlerons du journal des commandes ou du journal des bons de livraisons ou du journal des factures d'achat.

Schéma N° 04 : les journaux des transactions de même nature



Source : Projet 3COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Dans la pratique, il y a plusieurs journaux de même type : nous trouverons par exemple plusieurs journaux de commandes d'achat : journal des commandes de médicaments, journal des commandes de produits alimentaires, journal des commandes de produits d'entretien, journal des commandes de prestations d'entretien et de réparation, ...

Nous verrons que le système comportera ainsi des dizaines de journaux ; ce qui facilite le classement, la gestion et la protection des transactions.

2.3. Notion de période et d'exercice

La comptabilité décompose le temps en exercices et les exercices en périodes. En Algérie un exercice (financier) correspond à une année calendaire. Il débute donc le 1er janvier et se termine le 31 décembre. Par ailleurs, l'exercice est lui-même découpé en 12 périodes correspondant aux 12 mois de l'exercice.

A la fin de chaque période, le responsable du système d'information, en collaboration avec le service de la comptabilité, doit procéder à la centralisation des opérations. Rappelons que cette

opération consiste à établir une synthèse des opérations saisies au niveau des divers modules. Si le processus de centralisation se déroule normalement, il faut alors procéder à la clôture de la période ; ce qui interdit toute saisie de transaction ultérieure qui affecterait cette période.

A la fin de l'exercice, tous les modules, à l'exception de celui de la comptabilité générale, doivent procéder à l'opération dit de clôture de l'exercice. Cette opération est nécessaire à cause du fonctionnement en temps réel imposé par le système.

Le système 3COH est conçu pour permettre la production des états financiers à la fin de chaque période ; c'est-à-dire à la fin de chaque mois.

2.4. Notion de table

Les données que le logiciel 3COH vous permettra de manipuler prennent essentiellement la forme de « tables ». On peut dire, d'une façon très générale, qu'une table correspond à un ensemble homogène d'informations. A titre d'exemple, la liste des fournisseurs de l'établissement sera rangée dans la « table des fournisseurs » ; la table des magasins est la liste des magasins de l'établissement, etc.

On représente une table sous la forme d'un tableau dans lequel chaque ligne correspond à un élément de l'ensemble (un fournisseur, un magasin, un malade, ...) et chaque colonne à un attribut (on parle de « champ ») spécifique de cet élément.

Exemple : tables des fournisseurs (5 champs par fournisseur).

Numéro	Code	Raison sociale	Adresse	Ville
1	FS0001	Les établissements BOUZID et fils	12, rue de la gare	Blida
2	FS0002	MEDICO-MEDICI	25, avenue de la République	Ouargla
3	FS0003	INMED	8, place ROME	Barika

Le logiciel 3COH vous offre différents outils pour accéder (visualiser, imprimer, modifier, supprimer, ...) le contenu de ces tables. Au nombre de ceux-là, le programme utilitaire

3COH_UMS ('Utilitaire de maintenance du système') permet notamment d'importer le contenu de ces tables à partir de fichiers EXCEL.

2.5. Classes et comptes

A la base de la comptabilité est la notion de compte. L'ensemble des comptes de l'établissement constitue sa nomenclature des comptes.

Les comptes de cette nomenclature sont regroupés en 7 classes, numérotées de 1 à 7. Tous les comptes d'une classe portent un numéro qui débute avec le numéro de cette classe. Exemple : les numéros des comptes de la classe 4 débutent par 4, les comptes de la classe 6 débutent par 6.

Pour obtenir la liste des classes, nous pouvons activer, à partir du menu principal, le module « paramètres », puis « Tables de base », puis « Cadre comptable ».

Le « cadre comptable » renferme les classes (numéros de comptes à une position) :

Classe	Désignation
1	Comptes de capitaux
2	Comptes d'immobilisations
3	Comptes de stocks
4	Comptes de tiers
5	Comptes financiers
6	Comptes de charges
7	Comptes de produits

Et les comptes à 2 positions. La nomenclature des comptes est accessible dans le module « comptabilité générale », puis « plan comptable ».

Pour le moment, nous pouvons ignorer les détails et les notions purement comptables. Ils seront précisés lors de l'étude du module de « comptabilité générale ». Retenons tout simplement que le système 3COH est livré avec un plan comptable standard : le PCH (Plan comptable des hôpitaux). Sauf cas particulier, l'usager « ordinaire » n'aura pas à se soucier de l'existence ou de l'organisation de ce plan.

2.6. Unités de compte

Les unités de compte sont utilisées pour mesurer les articles stockés (biens ou services). Leur gestion est assurée dans « paramètres / unités ». Ce qui permet de visualiser la table des unités.

Il y a 2 types d'unités : les unités élémentaires (ayant un « facteur » de 1) et les unités composées. Ces dernières sont les unités de conditionnement, alors que les premières sont les unités de consommation. Par exemple, tel médicament sera consommé en comprimés (COMP en abrégé) et conditionné en boites de 10 (B/10).

Décimale représente le nombre de positions de la partie fractionnaire de l'unité. COMP a 0 décimales (on ne fractionne pas des comprimés) ; KG aura sans doute 3 décimales, puisque l'on peut consommer 0.275 KG de viande, par exemple.

2.7. Famille et de sous-famille

Les stocks sont classés en « familles », c'est-à-dire des groupes homogènes de produits : on parlera de la « famille des produits alimentaires » ou de la « famille des produits pharmaceutiques ». Pour des considérations purement techniques, il est attribué à chaque famille un code ; le code de la famille. Dans le logiciel 3COH, ce code a deux positions alphanumériques. Nous pourrons ainsi avoir, par exemple :

Code famille	Désignation de la famille
01	Produits pharmaceutiques
02	Produits alimentaires
03	Produits d'entretien
04	Consommables divers

Même si, les familles de stocks sont à peu près les mêmes dans les établissements hospitaliers, chaque établissement confectionnera sa liste en fonction de sa réalité propre.

Pour des raisons de facilité de repérage de l'information, pour des fins statistiques ou d'analyse, il est souvent utile de subdiviser les familles en « sous-familles ». Chaque sous-famille est identifiée par son propre code (à 2 postions dans 3COH). Nous pourrons ainsi avoir:

Code famille	Désignation de la famille	Code sous-famille	Désignation de la sous-famille
01	Produits pharmaceutiques	01	Médicaments
		02	Réactifs de laboratoire
		03	Consommables
		04	Films radiologiques

Le stock proprement dit est constitué d'« articles ». Il peut y en avoir des centaines ou des milliers ; chaque article possède son code propre : le « code article ».

3. Définition des rubriques principales et leurs modules

Dans la pratique, le menu principal du logiciel présente la liste des modules qui le composent :



Nous reviendrons plus loin sur le détail du fonctionnement des divers modules

3.1. Définition des rubriques

Nous allons présenter dans cette partie, les définitions et les contenus des rubriques principales du système 3COH.

- ✓ **Opérations** : en principe cette famille regroupe cinq (05) modules, elle permet d'enregistrer et de porter toutes les factures de l'établissement hospitalier, d'avoir des informations sur l'état des stocks, les immobilisations de l'hôpital et autres. Les modules disponibles dans cette famille sont Achats, Gestion des stocks, immobilisations, Consommation et gestion production.
- ✓ **Tiers** : c'est une famille qui a quatre (04) modules (Services/redevables, Fournisseurs, Personnel, Facturation). Au sein de cette famille, toutes les informations sur les clients, le personnel et les fournisseurs de l'hôpital sont enregistrées. Par exemple, on trouve un tableau qui indique l'ensemble des fournisseurs de l'hôpital, leurs noms, adresses, spécialités...etc. ;
- ✓ **Comptabilité** : cette famille regroupe l'ensemble des comptabilités (Générale, Budgétaire, Analytique, Trésorerie). Dans ces modules, on importe des données dans les modules de la famille Opérations, puis en fait les enregistrements comptables nécessaires. Cette famille permet d'avoir à la fin les résultats des enregistrements et l'état de la comptabilité hospitalière, et même des représentations graphiques des résultats pour une meilleure analyse ;
- ✓ **Résultats** : dans cette rubrique le logiciel donne des informations sur l'état financiers et le tableau de bord de l'établissement, après avoir traité les données de la famille comptabilité. Elle donne au gestionnaire et au directeur de l'hôpital et aux intéressés l'ensemble des informations finales de la période traitée sur l'hôpital et sa gestion et toutes les fonctions et mouvements produits ou reçus par l'hôpital ;
- ✓ **Maintenance** : elle a un seul module, celui des paramètres. Mais ce module est le plus intéressant pour le bon fonctionnement du logiciel, car c'est dans cette famille qu'on doit introduire toutes les informations nécessaires au lancement du logiciel, et c'est la famille dont on peut modifier et ajouter de nouvelles données et informations.

3.2. Présentation des modules

Chaque module du système 3COH a des sous famille, ces dernières peuvent être présentées dans le tableau suivant :

Tableau N° 07 : les modules du système 3COH.

3COH					
Rubriques	Opérations	Tiers	comptabilité	Résultats	Maintenance
Modules	<ul style="list-style-type: none"> - Achats - Gestion des stocks - Gestion production - Consommation - Immobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Services /Redevables - Fournisseurs - Personnel - Facturation 	<ul style="list-style-type: none"> - Générale - Budgétaire - Analytique - Trésorerie 	<ul style="list-style-type: none"> - Etats financiers - Tableaux de bord 	<ul style="list-style-type: none"> - Paramètres

Source : Le schéma réalisé par nos soins à partir du menu du logiciel 3COH.

Dans ce qui suit, nous présenterons les modules les plus importants du logiciel 3COH :

- ✓ **Le module achats :** il assure la majorité des opérations en relation avec les fournisseurs de l'établissement, et ce quels que soient les biens ou services achetés auprès de ces fournisseurs. Ces opérations peuvent être la saisie d'un bon de réception, l'émission d'un bon de commande et l'enregistrement d'une facture d'achat ;
- ✓ **Fournisseurs :** ce module contient l'ensemble des listes des fournisseurs de l'hôpital, leurs identifications (nom, adresse, spécialité,...), l'ensemble des laboratoires, des banques et des pays avec qui l'hôpital a affaire ;
- ✓ **Immobilisation :** l'ensemble des immobilisations de l'hôpital, leur montants, leurs états et leurs affectations ;
- ✓ **Services/Redevables :** enregistre l'ensemble des services de l'hôpital, leurs fonctions, leurs capacités en terme de matériels et de personnel, le chef de service et autre informations liées au service concerné ;
- ✓ **Etats financiers :** c'est la production des tableaux de synthèses. Les états financiers décrivent une situation économique et pas seulement financière. Les états financiers sont un ensemble complet de documents comptables et financiers permettant de donner une image fidèle de la situation financière, de la performance et de la trésorerie de l'établissement hospitalier à la fin de l'exercice. L'objectif des états financiers est de fournir des informations utiles sur la situation financière (bilan), la performance (compte de résultat) et les variations de la situation financière (tableau des flux de trésorerie) d'une entité afin de répondre aux besoins de l'ensemble

des utilisateurs de ces informations. Les états financiers permettent de garantir la transparence de l'entité à travers une information complète et de fournir une présentation fidèle de l'information utile pour les besoins de la prise de décision ;

- ✓ **Tableau de bord** : dans ce module, des informations sur le chiffre d'affaire, disponibilités, créances, dettes et autres informations, sont produites et analysées sous forme de graphe. Ce module n'est à la disposition que du directeur de l'hôpital (le gestionnaire) et du chef de service du centre de calcul, ainsi qu'au représentant du MSPRH qui contrôle l'application du système de 3COH et l'état de l'établissement.

III. LES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME 3COH

L'application du système sur le terrain commence par une étude de " *l'architecture de base du système* "². Nous entendons par le terme " *architecture de base du système* " l'identification ainsi que l'ordonnancement des principales étapes de la mise en œuvre du système. Il apparaît en effet essentiel d'accorder une grande importance à cette " *architecture de base* ", car c'est principalement sur cette dernière que repose le succès ou l'échec du modèle. " *L'architecture de base* " est composée de six étapes principales, nous les présentons dans l'ordre chronologique.

1. la formation sur le système 3COH

Pour l'application du système de triple comptabilité (3COH), une formation des personnels concernés est mise en place. Un ambitieux plan de formation concernant près d'un millier de personnes (informaticiens, comptables, gestionnaires) est en cours de réalisation : comptabilité, informatique, gestion, passage d'une comptabilité publique à une comptabilité d'engagement, ... sont au menu de cette formation.

La formation de base dure cinq (5) jours. Toutes les personnes impliquées de façon directe ou indirecte dans la gestion d'un établissement hospitalier sont concernées par la formation. Cependant, compte tenu du nombre trop important de personnes dans le réseau, la formation est limitée - dans un premier temps - à trois (3) personnes par établissement.

² M. Amalou : « *Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital : cas du CHU de Sétif* », Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia, 2009.

Chaque établissement doit désigner un gestionnaire; un comptable et un informaticien. Ces personnes vont assurer le rôle de formateur dans leur établissement. Cette formation est dispensée dans 5 sites : Alger, Batna, Sétif, Constantine et Oran. En plus des séances de formation, plusieurs regroupements régionaux seront tenus.

Accompagnant les formateurs du groupe PRESENCES International SARL quarante (40) formateurs issus de divers établissements de différentes régions du pays, qui assureront le suivi sur le terrain du bon déroulement des opérations de mise en place du système.

Les principaux objectifs de la formation sont:

- ✓ d'introduire aux concepts de base de la gestion intégrée;
- ✓ de rappeler les principes, objectifs et méthodes des trois comptabilités et leurs interactions (générale, budgétaire et analytique);
- ✓ de réaliser le processus d'importation de la situation de départ;
- ✓ d'exploiter les principales fonctionnalités du logiciel 3COH;
- ✓ de planifier le processus d'implantation du système dans leur établissement.

A la fin de leur formation, les trois personnes désignées constitueront, au sein de leur établissement, le groupe de projet. Ils devront notamment expliquer les objectifs du projet à l'ensemble des utilisateurs; participer à la réunion de coordination quotidienne qu'animera le Directeur de l'établissement; assurer la formation des utilisateurs; définir avec précision les tâches (saisie, contrôle, validation, coordination) de chacun; superviser le travail de collecte des données; s'assurer, avec les services concernés, de la fiabilité des données collectées; superviser le travail de saisie des données au moyen de 3COH; veiller à la sécurisation du système; transmettre à PRESENCES tout problème qui pourrait surgir dans le cadre de la mise en place du système; veiller à consulter régulièrement le site PRESENCES; contacter PRESENCES, le formateur affecté à l'établissement ou un site pilote en cas de nécessité et inviter chacun à utiliser le **forum** 3COH.

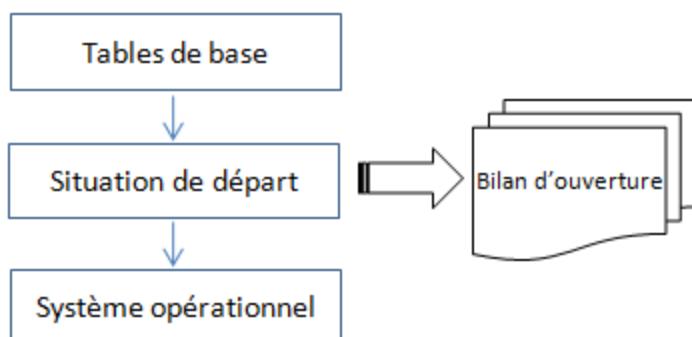
2. Installation du système 3COH

Pour préparer l'environnement de travail et les conditions convenables pour l'application du système 3COH au sein de l'hôpital, une salle doit être aménagée pour les outils informatiques, c'est le « centre de calcul ». Après cette étape principale, une série de tâches doivent être réalisées, qui est l'installation du réseau informatique et du logiciel ; une collecte de données et d'informations au sein des différents services (l'ensemble des documents sur l'organigramme de l'hôpital et sa gestion) et le remplissage des fichiers de base (comme par exemple la liste des fournisseurs, des clients internes et externes, des pays, des laboratoires, des banques....etc.).

3. Paramétrage de base

Maintenant que le système est installé, nous devrions pouvoir l'exécuter (voir la section « Installation du système »). Cependant, 3COH ne sera opérationnel que si nous réalisons un certain nombre d'opérations préliminaires qui constituent le « **paramétrage de base** ». On peut comprendre par « paramétrage » les différentes opérations qui vous permettent d'ajuster le logiciel aux besoins spécifiques de votre établissement.

Schéma N° 05 : Les étapes de la situation de départ



Source : Projet 3COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Les opérations préliminaires consistent principalement à garnir un certain nombre de « tables » qui vont constituer la « base de données » de l'établissement. Une fois ces tables garnies, il faudra introduire la « situation de départ », autrement dit l'état du système d'information de l'établissement à une date donnée bien précise (Le système 3COH deviendra opérationnel).

4. Importation de la situation de départ

Rappelons donc que ‘vous ne pourrez démarrer l’utilisation du système 3COH que si vous avez, au préalable, enregistré dans votre base de données la « situation de départ ». Comme il a été retenu de saisir toutes les opérations à partir du 1er janvier 200N, cette situation de départ sera celle du 31.12.200N-1 ; autrement dit, il faudra injecter dans le système (nous dirons « importer » ou « saisir ») la « photographie » de l’établissement telle qu’elle était au 31.12.200N-1. Cette photographie va prendre la forme d’un certain nombre de feuilles EXCEL que vous allez préparer ou compléter (*) en vue de leur importation.

Après avoir importé la situation de départ, vous procéderez à la « clôture » de l’exercice 2010. Vous serez alors prêt à saisir les mouvements du mois de janvier 200N. Pour cela, il faudra au préalable classer les pièces justificatives (bons de commande, factures, bons de livraison, ordres de versement, décaissements, ...) par **ordre chronologique**. Cet ordre est important car le système vous obligera à respecter la chronologie des opérations, autrement dit, il ne sera pas possible de faire « marche arrière » : vous ne pouvez saisir une pièce datée d’une date D si vous avez au préalable saisi une pièce de même nature datée d’une date postérieure à D.

Exemple : Le dernier bon de commandes de médicaments saisi est daté du 18 janvier 2011. Vous ne pourrez plus saisir de bons de commandes de médicaments portant une date antérieure au 18 janvier 2011.

Nous reviendrons sur ces points plus. Commençons par le début ; à savoir la saisie de la situation de départ. C’est seulement après la réalisation de l’ensemble de ces étapes que le système devient véritablement opérationnel.

5. L’enregistrement de l’ensemble des transactions effectuées

Il est confié aux personnels du centre de calcul (les usagers du système) d’enregistrer toutes les transactions effectuées à l’hôpital dans tous les services concernés par le système 3COH, jusqu’au jour où les transactions seront enregistrées en temps réel directement dans chaque service concerné. Cette phase peut être découpée en deux étapes essentielles : la collecte des données et des transactions et la saisie de ces données.

5.1. La collecte des données

Durant cette phase, le centre de calcul s'occupe de collecter l'ensemble des transactions effectuées au sein de l'hôpital dans les différents services.

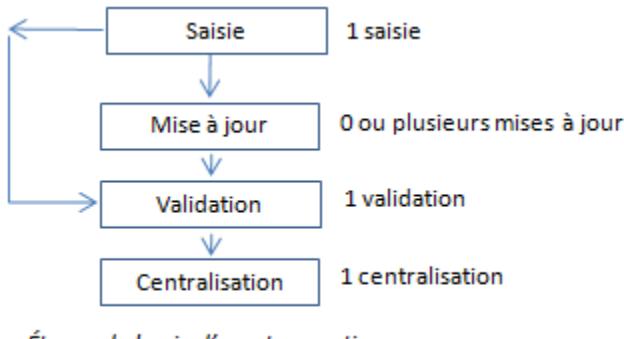
Dans une première étape, le chef du centre de calcul va demander aux chefs des autres services l'ensemble des factures et des activités effectuées durant le dernier mois de l'année précédent, qui la période de départ du système 3COH. Lorsque le centre de calcul a terminé le traitement de cette période, il a entamé la deuxième étape consistant en la collecte des transactions du premier trimestre de l'année en cours.

5.2. L'enregistrement des données

Le centre de calcul, dans l'étape d'enregistrement des transactions, réalise quatre tâches principales : la saisie, la mise à jour, la validation et enfin la centralisation.

Le schéma suivant nous permet d'illustrer les étapes suivies par une transaction dans le système de 3COH.

Schéma N° 06 : Les différentes phases de la vie d'une transaction



Source : Projet 3COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

- la saisie : cette étape consiste à la transformer une pièce justificative (facture) en une facture électronique dans le logiciel 3COH. En d'autres termes, c'est la transmission des données de la transaction au système 3COH ;
- la mise à jour : il est toujours possible que des erreurs se glissent au moment de la saisie d'une transaction. C'est pour cette raison que 3COH offre la possibilité de corriger (de mettre à jour) toute transaction. Mais, on peut se poser des questions sur la fiabilité et la

sécurité des données s'il est ainsi possible de les modifier. En effet, si on pouvait modifier à loisir les transactions enregistrées dans le système, le critère de fiabilité des données enregistrées dans 3COH ne sera pas respecté. Toutefois, il n'est possible de mettre à jour une transaction que si celle-ci n'a pas été validée. Autrement dit, une transaction validée ne peut être mise à jour ;

- la validation : la validation d'une transaction est l'enregistrement de celle-ci définitivement dans le logiciel. Cela confirme en quelque sorte que la transaction est bien réelle ; elle peut être importé vers l'étape de centralisation et ne peut plus être modifiée ;
- la centralisation : le processus de centralisation consiste à transférer le sommaire des transactions d'une période vers le module de la comptabilité générale, afin de permettre à ce dernier de produire les états de synthèse, notamment les états financiers.

6. l'élaboration des états financiers et du tableau de bord

Après l'enregistrement de toutes les transactions effectuer à l'hôpital en temps réel c.à.d. à la fin de chaque exercice, c'est l'étape de production un ensemble complet des documents comptables et financiers permettant de donner une image fidèle de la situation financière, de la performance et de la trésorerie de l'établissement hospitalier.

IV. FONCTIONNEMENT DES MODULES : CAS DU MODULE COMPTABILITE ANALYTIQUE

La comptabilité générale a notamment permis d'obtenir la valorisation des charges de l'établissement par nature : charges de personnel ; consommation de produits stockés (médicaments et autres) ; services (formation, frais de communication, ...). Nous avons vu que ces résultats (charges) apparaissent notamment dans la balance générale.

La comptabilité analytique va offrir au gestionnaire des informations plus fines, en particulier les charges par destination.

1. Paramétrage préalable

La comptabilité analytique fait appel à un certain nombre de notions nouvelles qui prennent la forme de paramètres nouveaux. Avant de pouvoir exploiter le module « Analytique », il est donc nécessaire de fixer les valeurs de ces paramètres.

1.1. Les unités d'œuvre

Le premier paramètre est celui des « unités d'œuvre ». On peut considérer une unité d'œuvre comme l'unité de base de mesure des activités d'un service. On pourra par exemple dire que l'unité d'œuvre de tel service est la journée d'hospitalisation (JH) ou la séance de consultation (SNC) ou le nombre de repas servis (NRS). On mesurera donc l'activité d'un service en nombre de journées d'hospitalisation ou en nombre de séances de consultation ou en nombre de repas servis.

L'option « unité d'œuvre » propose les fonctions de gestion de la table des unités d'œuvre. Une unité d'œuvre est ainsi totalement définie par son code (lettre clé ou chaîne de 3 caractères alphanumériques au plus), **voir annexe N° 01**.

1.2. Les acte

La production des services médicaux et médico-techniques prend la forme d'actes (consultations, radiographies, examens, ...). Ces actes sont regroupés en spécialités (Chirurgie, ophtalmologie, orl, ...).

Chaque acte est caractérisé par :

- son *code* ; par exemple : l'acte « cure radicale du TF » a pour code '7016010007'. (vous noterez que les 2èmes et 3èmes positions correspondent à la spécialité (16), les 2 positions suivantes à la sous-spécialité (01). Les quatre (4) dernières positions (0007) représentent le numéro d'ordre de l'acte à l'intérieur de la sous-spécialité Le préfixe '70' est le même pour tous les actes ; il identifie la famille « Prestations médicales et Paramédicales » ;
- sa *désignation* en clair sur 80 positions alphanumériques ;
- son *unité d'œuvre* ; celle-ci devrait être la même pour tous les actes d'une spécialité ;
- sa *cotation* Ce paramètre numérique correspond à la valorisation relative de l'acte ; elle permettra de déterminer son coût. Si la cotation d'un acte A est le double de celle d'un acte B, l'acte A coûtera le double de l'acte B. On peut dire aussi que la cotation égale le nombre d'unités d'œuvre « consommées » pour réaliser un acte donné ; on parlera de cotation K ou 25R ou 50D (K, R et D sont des unités d'œuvre) ;

- son *état* : disponible ou non. La liste des actes renferme l'ensemble des actes pratiqués dans tous les établissements hospitaliers. Il est clair que certains hôpitaux, notamment les EHS, ne pratiqueront pas la totalité de ces actes. Pour indiquer au logiciel qu'un acte n'est pas pratiqué dans l'hôpital, il faut attribuer la valeur 'NON' à cet attribut. Ceci évitera de surcharger les divers états et résultats produits par le système d'informations inutiles.

Le module ANALYTIQUE permet de visualiser ces actes au moyen de la fonction « Acte », voir annexeN° 02.

La partie gauche de la fenêtre présente les différentes spécialités (actes de la sage femme, actes infirmiers, ...), chaque spécialité étant elle-même subdivisée en sous-spécialités : dans l'exemple ci-dessus, la spécialité Chirurgie Cardiaque (de code 16) a deux sous-spécialités : Chirurgie Cardiaque et Chirurgie Interventionnelle. Chaque sous-spécialité comporte un certain nombre d'actes proprement dits affichés à la droite de la fenêtre.

1.3. Les centres de responsabilité

Un centre de responsabilité (ou « section d'analyse ») est constitué de un ou de plusieurs services et de une ou de plusieurs unités dans ces services (les notions de service et d'unités sont définies dans le module « CLIENTS / REDEVABLES »). Un centre de responsabilité est sous l'autorité d'une seule personne. Dans de nombreux cas, centre de responsabilité et service sont confondus ; autrement dit, un centre de responsabilité correspond à un service et à l'ensemble de ses unités.

Dans le processus de calcul des coûts des prestations (actes), les charges constatées en comptabilité générale (charges de personnel, consommation de stocks, consommation de services, amortissements des biens immobilisés, ...) sont « déversées » dans ces centres de responsabilité ; autrement dit, le total des charges d'un centre de responsabilité est la somme des charges des unités qui le constituent.

Pour que le système puisse répartir la totalité des charges constatées en comptabilité générale, il faut que tous les services et toutes leurs unités figurent dans la définition des centres de responsabilité.

Une section (d'analyse) est définie au moyen des attributs suivants :

- son *code*, sur 2 positions, qui l'identifie de façon unique ;
- sa *désignation* en clair. Lorsque centre de responsabilité et service se confondent, la désignation de la section est le nom de ce service ;
- sa *fonction*. Elle peut être médicale, médico-technique ou logistique. Les sections assurant la fonction médicale sont celles qui assurent les soins aux patients ; ce sont les sections principales. Les sections médico-techniques assurent des fonctions techniques au service des premières (service de radiographie et laboratoires d'analyses). La fonction « logistique » est assurée par les services administratif et les autres services de soutien : pharmacie, cuisines, magasins, ...
- son *type*. Les sections qui prodiguent des soins aux patients sont qualifiées de principales ; les autres d'auxiliaires ou de secondaires. Une section fictive, appelée SECTION COMMUNE, enregistre les charges dont la destination n'est pas connue au moment de la naissance de la charge. Par exemple, les frais de téléphone ou les charges d'électricité sont habituellement imputées à la section commune.
- sa ou ses *unités* extraites de la liste des unités. C'est la composition de la section en unités :
- sa ou ses *spécialités*.
- Son *unité d'œuvre* : journée d'hospitalisation ou actes. Certains services qui disposent de lits utilisent la journée d'hospitalisation comme unité d'œuvre.
- Son *état* : ouverte ou non. Une section qui a l'état « non ouverte » ne figurera nullement dans le calcul des coûts. Cette notion a été introduite afin de permettre aux établissements d'avoir une nomenclature standard des centres de responsabilité.

La gestion des centres de responsabilités est assurée grâce aux fonctions de l'option « centres de responsabilité » qui propose sa fenêtre propre, **voir annexe N° 03**.

1.4. Les classes de charge

Les charges constituent une classification des charges enregistrées au niveau de la comptabilité générale. Chaque classe correspondra à une colonne du « tableau de répartition des charges ». Vous pouvez définir autant de classes de charges que vous le désirez. Cependant, on

retrouve habituellement les classes suivantes : charges du personnel ; consommation de médicaments ; consommation de produits alimentaires ; achats ; autres charges.

Une classe de charge est définie par:

- Son *numéro* unique (dans l'exemple plus bas, « Personnel » a pour numéro 1 et « Pharmaceutique » a pour numéro 2) ;
- Sa *désignation* en clair (par exemple : frais de personnel) ;
- Son *type* : Charge directe ou indirecte (commune) ;
- Son *mode de répartition* : au prorata des charges directes ; selon le nombre de repas consommés et selon la table de ventilation.
- La *table de ventilation* associée. Il est clair qu'il faut que vous ayez au préalable défini au moins une table de ventilation ;
- Son *journal* indique l'origine des charges : les charges seront prélevées du ou des journaux des salaires ; les charges seront extraits des journaux de consommation de stock ; les charges proviennent des journaux d'achat (factures des fournisseurs) ; les charges d'amortissement sont naturellement extraits des journaux d'amortissement et Autres charges qui sont extraits du journal général (OD) ;
- La *liste des séquences de comptes* qui la définissent : une classe de charges est définie par une ou plusieurs séquences de comptes de charge. Chaque séquence est définie par un numéro unique et par une plage de comptes. L'exemple ci-dessus de la classe 1 « Personnel » montre que celle-ci a une seule séquence qui porte le numéro 1 définie par les comptes de 6311.01 à 63807. Ceci signifie que les charges de la classe 1 « Personnel » sont la somme des charges des comptes 6311.01 à 63807 (inclus) extraits du journal des salaires.

La gestion des classes de charges est assurée au moyen des fonctions de l'option « classes de charges », **voir annexe N° 04.**

2. La saisie des données variables

Les charges (en valeur) sont constatées quotidiennement à travers les différents modules du système (Achats, Stocks, Comptabilité, etc.). A la fin du mois, lorsque toutes les opérations auront été saisies, il faut introduire les données variables liées à l'activité de l'établissement ; à savoir :

2.1. Les effectifs des services

Le but de l'option « personnel (effectifs) » est de permettre la saisie des effectifs et de produire quelques résultats relatifs aux effectifs du personnel.

Le bouton « Saisir » permet de saisir les effectifs du mois courant (affiché en haut de la fenêtre), **voir annexe N° 05**.

Nous disposons de 2 options :

- Saisie à partir des données du mois précédent : le système affecte au mois courant les mêmes éléments que le mois précédent.
- Saisie individuelle : sélectionnez le service, puis l'unité, ensuite le corps de métier avant de saisir l'effectif.

2.2. La consommation des produits alimentaires (repas)

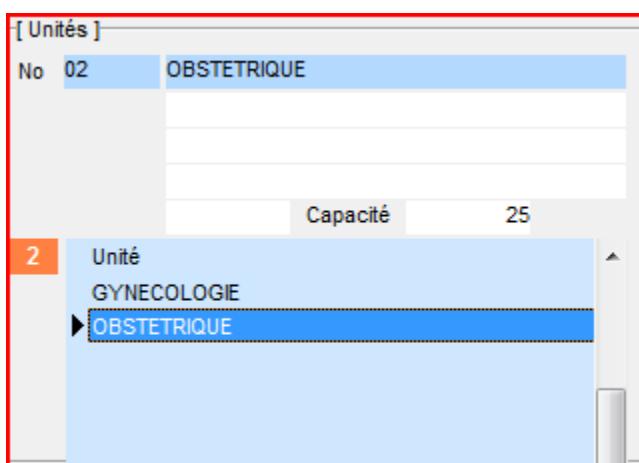
Le deuxième groupe de données à saisir est constitué des repas consommés pendant le mois qui vient de se terminer. C'est ce que propose l'option « **consommation alimentaire** ». Les repas peuvent être consommés par les malades, les garde-malades, le personnel de garde ou d'autres personnes (invités, par exemple). Pour chaque (service, unité), il faut renseigner la ou les colonnes appropriées, **voir annexe N° 06**.

A noter que le coût moyen du repas est en fait constitué uniquement du coût des matières premières.

2.3. Admissions et hospitalisations

Les admissions du mois et les journées d'hospitalisation sont saisies au moyen de l'option « Hospitalisation ». Il faut bien noter que le système n'affiche que les unités qui ont des lits et qui figurent dans des centres de responsabilité.

Comment indiquer au système qu'une unité possède des lits ? En utilisant le module « Services / Redevables » et en renseignant le champ « nombre de lits » qui fait partie des attributs de chaque unité. A titre d'exemple, dans la fiche du service SVM003 Gynécologie/Obstétrique, l'unité Obstétrique possède 25 lits :



L'option « Saisie » affiche la fenêtre de saisie. A noter que le nombre de lits peut varier d'un mois à un autre. C'est ce qui explique que vous pouvez le saisir. Par défaut, le système utilise le nombre de lits qui figure dans le dossier de l'unité. Par ailleurs, ce nombre est automatiquement mis à jour à partir de la valeur saisie, **voir annexe N° 07**.

A partir des données saisies, le système détermine, pour chaque unité, 2 importants paramètres de l'activité hospitalière :

DMSH : Durée moyenne du séjour hospitalier

TOM : Taux d'occupation moyen des lits

2.4. La production des services médico-techniques

Les services médicaux et médico-techniques produisent des actes dans leur (s) spécialité (s) (Chirurgie, ORL, Stomatologie, ...). Nous avons vu que ces spécialités figurent dans la définition des centres de responsabilité.

Pour chacune de ces sections, cette production doit être saisie mensuellement. Pour les sections médico-techniques, cette saisie se fait au moyen de l'option « Services médico-techniques ». La procédure la plus simple consiste à demander de renseigner son bordereau des activités mensuelles (BAM) qui service de pièce justificative de la saisie.

Pour saisir cette production, il faut d'abord sélectionner la section dans le combo box « section » (laboratoire) dans l'exemple ci-dessous. Le système affiche à la droite de la fenêtre la liste des actes susceptibles d'être produits par cette section, **voir annexe N° 08**.

Cliquer sur le bouton « Saisir » pour obtenir la fenêtre de saisie. La droite de la fenêtre donne la liste des services susceptibles de bénéficier de la production de la section sélectionnée. Autrement dit, la production des services médico-techniques se fait toujours au profit d'autres sections.

L'exemple ci-dessous donne la production du laboratoire au profit du bureau des entrées. On note par exemple que ce dernier a consommé 1280 examens de Glycémie (cet examen « coûte » 11 B -unité d'œuvre du laboratoire-) pendant le mois d'août 2012.

Pour sélectionner une section bénéficiaire, il suffit de la sélectionner dans la droite de la fenêtre et d'enfoncer la touche « return », **voir annexe N° 08**.

2.5. La production des services médicaux

Tout comme pour les sections médico-techniques, la production des services médicaux doit être saisie mensuellement à partir du bordereau des activités mensuelles. Cela est fait au moyen de « Services médicaux ».

Notons que la production est saisie unité par unité. La droite de la fenêtre donne la production de l'unité sélectionnée (Traumato-Orthopédie du service chirurgie générale, dans l'exemple ci-dessous), **voir annexe N° 09**.

3. La répartition des charges

Après avoir saisi tous les éléments variables, il faut procéder à la répartition des charges en activant l'option « Répartition des charges ».

Le tableau de répartition des charges se présente sous la forme d'une grille ayant pour colonnes les classes de charges et pour lignes les centres de responsabilité, **voir annexe N° 10**.

3.1. Principe de la répartition

Le principe consiste à ramener la totalité des charges aux sections principales (productrices de soins aux malades). Cette « répartition » se fait en 2 étapes :

3.1.1. Répartition primaire

Elle consiste à transférer les charges communes (charges imputées à la section « commune ») à l'ensemble des sections principales et secondaires. Cette répartition se fait selon le principe du prorata des charges directes. Autrement dit, si une section A, a accumulé 2 fois plus de charges directes qu'une autre section B, cette section A absorbera 2 fois plus de charges communes que la section B ;

3.1.2. Répartition secondaire

Elle répartit les charges des sections auxiliaires sur les sections principales. Le mode de répartition est défini au niveau de la classe de charges :

- ✓ Répartition *des charges de personnel*. Elle se fait au prorata de l'effectif de chaque corps. Ainsi si, dans le corps médical, la section A à un effectif double de celui de la section B, cette première consommera 2 fois plus de charges de personnel que la seconde ;
- ✓ Répartition selon *le nombre de repas*. Ce mode s'applique à la classe « Charges d'alimentation
- ✓ Au prorata *des charges directes* ;
- ✓ Selon *la table de ventilation* : la répartition se fait selon les centres et les taux qui figurent dans la table de répartition liée à la classe de charge. Ce mode sera par exemple utilisé pour la

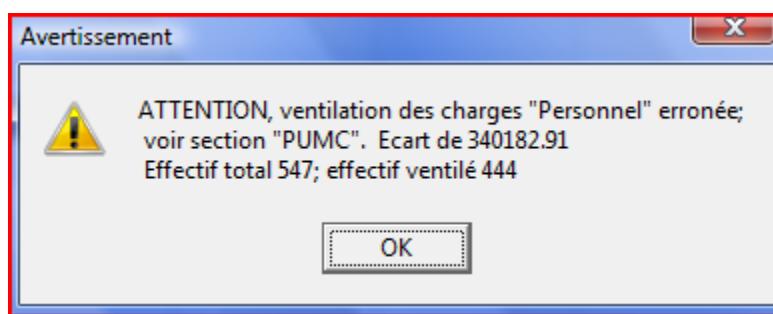
consommation des gaz médicaux : dans la table de ventilation figurent uniquement les unités consommatrices de gaz médicaux avec un pourcentage de la consommation totale pour chacune.

A la fin de ce processus, la totalité des charges sera absorbée par les sections principales.

3.2. Calcul de la table de répartition

Ceci se fait au moyen du bouton « Calculer ».

Il est possible que le système affiche un message d'erreur :



Qui signifie que les effectifs répartis sur les sections n'en comprennent pas l'ensemble du personnel. Dans l'exemple ci-dessus, sur un effectif total de 547 personnes, seules 444 personnes figurent dans les unités incorporées dans les centres de responsabilité. Le système a arbitrairement affecté le montant non imputé (charge correspondant aux 103 personnes non affectées) à la section PUMC (celle dont la charge de personnel est la plus élevée), **voir annexe N° 11.**

Dans l'exemple ci-dessus, il n'y a pas de section commune. Le tableau donne la situation avant répartition : le total des charges du personnel est de 28 851 050.46 dont 18 222 779.60 imputés aux sections principales et 11 628 270.86 aux sections auxiliaires.

Après répartition, la situation devient, **voir annexe N° 11.**

La totalité des charges a été absorbée par les sections principales.

4. Les résultats analytiques

La dernière étape du processus est la production des résultats analytiques. C'est ce que permet de réaliser l'option « résultats analytiques » la fenêtre affiche les résultats de la période courante. Pour chaque section primaire, le système fait :

- Le total des charges accumulées pendant la période ;
- L’unité d’œuvre de la section ;
- Le nombre d’unités produites ;
- Le coût de l’unité d’œuvre (total des charges / volume de production).

Pour les sections dont l’unité d’activité n’est pas la journée d’hospitalisation, la fenêtre de droite donne le détail de la production et des coûts par acte.

Dans l’exemple ci-dessous (section Stomatologie), on note que

- La production (nombre d’unités produites) a été de 1810 D correspondant à 100 actes
- Le cout de l’unité d’œuvre est de 213.82
- Une consultation spécialisée (cotation 3 ; D3) coûte (en février 2012) 213.825 alors qu’une consultation d’urgence (cotation 11 : D11) coûte à la même période 2 352.02 DZD.

Période						Plage des sections									
Exercice		2012		février		du		01/02/2012		au		29/02/2012		de	zzzzzzzz
Section	U.O.	Production	Valeur	Cout U.O.		Acte	Désignation	Cotation	Nombre	Unités	Coût acte				
CHIRURGIE GENERALE	K	902	2 798 860.58	3102.95		7010040002	CONSULTATIONS SPECIALISEES	D3	13	39	641.46				
GENYCOLOGIE	K	442	2 188 588.97	4951.56		7010040009	TRT PLURIRADICULL3	D25	10	250	5 345.50				
MATERNITE	K	425	2 108 113.15	4960.27		7010050002	BIOPSIE	D18	12	216	3 848.76				
MEDECINE INTERNE	JH	1229	4 325 670.46	3519.67		7010050003	CONSULTATIONS D'URGENCES	D11	6	66	2 352.02				
NEONATOLOGIE	JH	82	1 561 082.93	19037.6		7010050009	GINGIVECTOMIE - GINGIVOPLASTIE	D21	59	1239	4 490.22				
PEDIATRIE	JH	243	2 050 921.16	8440											
PUMC	C	360	18 450 691.27	51251.92											
STOMATOLOGIE	D	1810	387 006.07	213.82											
HEMODIALYSE	SNC	685	5 067 963.21	7398.49											

On comprend l’importance de la détermination de la cotation des actes que seul le spécialiste est en mesure de déterminer.

Le bouton « cumulatifs » permet d’obtenir, sous forme graphique, les résultats de l’année en cours, pour une section spécifique ou pour l’ensemble des sections, **voir annexe N° 12.**

CONCLUSION

Le système de triple comptabilité hospitalière est un mode de management permettant de promouvoir la performance de l’établissement. Il implique d’ajuster les modes de

fonctionnement de l'organisation à plusieurs niveaux. Au niveau institutionnel, il doit avoir l'entier appui de la direction générale de l'hôpital. Ce système est transverse au sein de l'établissement, c'est pourquoi son rattachement direct à la direction générale semblerait plus approprié.

Tout au long de ce chapitre, nous avons essayé de présenter le système 3COH, où nous avons enregistré que ce système joue deux rôles principaux dans l'établissement. Le premier est celui du SIH, il enregistre l'ensemble des flux de l'hôpital. Le deuxième est celui du contrôle de gestion, en introduisant les trois comptabilités, pour une détermination plus significative de l'état financière de l'hôpital et une élaboration d'un tableau de bord avec l'ensemble des indicateurs représentatifs qui aident à la prise de décision.

Dans ce chapitre nous avons présenté la mise en place du système de triple comptabilité hospitalier, on a présenté les généralités sur le système de triple comptabilité hospitalière et les organisations et principes de fonctionnements. Puis aux étapes de mise en œuvre du système 3COH. Enfin, nous avons terminé ce chapitre par le fonctionnement des modules : cas de la comptabilité analytique.

Ce mode de fonctionnement rend le système 3COH, le système le plus adéquat pour la bonne gestion des hôpitaux, voyant la complexité de ces derniers dans le domaine de l'organisation et du fonctionnement et leur but non lucratif.

Pour un appui plus concret à l'application de ce système et son installation réelle dans les hôpitaux en Algérie, un cas pratique au sein de l'établissement hospitalier de CHU Khellil Amrane de Béjaïa sera présenté dans le chapitre suivant.

INTRODUCTION

Dans l'ancienne procédure, les établissements hospitaliers sont soumis à une transformation de leur environnement qui se traduit en matière de financement par la préparation de la mise en place du mode de tarification à l'activité. Cette évolution nécessite l'élaboration et la mise en œuvre d'outils de management et de contrôle de gestion permettant aux établissements hospitaliers de relever les défis auxquels ils sont confrontés. Par contre le nouveau système qui rentre dans une logique de l'information et généralisation de l'outil informatique en matière de logiciel dédié à la gestion de la comptabilité et financière d'un établissement de santé.

Après avoir exposé les principes du système de triple comptabilité hospitalière, ainsi que la démarche à suivre pour la mise en place le logiciel 3COH dans un hôpital, il convient maintenant de se demander comment il a été mis en place concrètement sur le terrain. Dans ce cadre, nous tenterons d'adapter ce système 3COH à nos objectifs et au contexte particulier du CHU de Béjaïa, qui constitue notre terrain d'expérimentation.

De ce fait, notre étude va démontrer les avantages et les limites de l'application du système 3 COH qui consistent à faire un nouveau mode de fonctionnement dans un hôpital public.

I. PRESENTATION DE L'ORGANISME D'ACCUEIL

« *Le secteur sanitaire est constitué de l'ensemble des structures publiques de prévention, de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du ministère charge de la santé* »¹.

Cette première section du cas pratique est consacrée à la présentation du CHU de Béjaïa : sa création, ses missions et les différentes structures existantes au sein de ce CHU ainsi que la mission de chacune d'elle.

1. Historique du CHU de Béjaïa

Le secteur sanitaire de Bejaia comprend plusieurs structures de santé, parmi lesquelles il y a l'hôpital Khellil Amrane. Le secteur sanitaire de Bejaia s'étale sur une superficie de 460,65 Km2. Il assure une couverture sanitaire aux 240.258 habitants des sept (07) communes suivantes

¹ Décret n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire

Bejaia Ouedgheir, Tichy, Tala hamza, Boukhlifa, Aokas et Tizi-Nberber. Le secteur sanitaire est, conformément à l'article n° 9 de décret exécutif N° 81-242 du 05/09/1981, administré par un conseil de direction et dirigé par un directeur, appuyé par un conseil médical². Etablissement public à caractère administratif, Le secteur sanitaire de Bejaia est doté d'un budget de fonctionnement et d'une autonomie de gestion. Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de l'hôpital Khellil Amrane, le secteur sanitaire de Bejaia n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz Fanon, hérités de la période coloniale³. En 2011, l'hôpital Khellil Amrane est devenu le siège du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaia. La création de ce dernier fait suite à la création de la faculté de médecine par le décret exécutif n° 09-319 du 17 chaoual 1430 correspondant au 6 octobre 2009. Il est composé de trois unités : hôpital Khellil Amrane (siège), Hôpital Frantz Fanon Hôpital Tergha Ouzemmour. Jusque maintenant, le CHU de Bejaia est toujours en phase de transition. Cette transition va engendrer un total changement dans tous les services et dans toutes les structures administratives. Il n'assure pas toutes les missions d'un CHU (ex : la recherche médicale).

Le secteur sanitaire de Bejaia dispose des structures suivantes :

- 01 hôpital chef-lieu.
- 02 hôpitaux annexes.
- 01 polyclinique avec maternité.
- 01 maternité urbaine.
- 03 polycliniques.
- 01 laboratoire d'hygiène.
- 04 centres de santé avec maternité.
- 01 clinique dentaire.
- 01 maison de diabétique.
- 01 centre de contrôle sanitaire aux frontières.
- 01 unité de dépistage et de suivi (UDS).
- 01 centre de transfusion sanguine (CTS).
- 30 unités de soins.
- 01 école paramédicale.

² Décret exécutif n° 81-242 du 05/09/1981, article 9 relatif à l'organisation administrative

³ Document fourni par la sous direction de la formation et de la documentation du CHU de Bejaia.

2. Mission du CHU de Béjaïa

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le centre hospitalo-universitaire est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

Conformément à l'article 05 du décret exécutif N° 97-466 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux, l'hôpital a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Plus concrètement, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

➤ En matière de santé

- d'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médicochirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

➤ En matière de formation

- d'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;

- de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

➤ **En matière de recherche**

- d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ;
- d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

3. Mission des différentes structures du CHU de Bejaïa

Le CHU de Bejaïa comprend une direction générale, un secrétariat général et quatre directions. Chaque direction comprend un ensemble de sous directions et de bureaux.

La direction générale est chargée d'assurer la gestion de l'hôpital. Elle représente l'hôpital dans tous les actes de la vie civile ; elle est le représentant exclusif de l'hôpital auprès des instances civiles, judiciaires et administratives. Actuellement, la secrétaire générale assume les fonctions de directeur par intérim.

Le secrétariat général est chargé de gérer les différentes sous directions et les différents bureaux. C'est lui qui récolte et transmet les informations à la direction générale.

Aujourd'hui, au niveau de CHU de Bejaïa, c'est le secrétariat général qui est chargé des missions de la direction générale, et ce de manière momentanée suite à l'absence d'un directeur.

Le CHU se compose de différentes directions et sous directions, la figure suivante représente l'organigramme du CHU de Bejaïa.

Schéma N° 07 : Organigramme du CHU de Bejaïa

II. PRESENTATION DU SERVICE « CENTRE DE CALCUL »

Le « Centre de Calcul » au CHU de Bejaia a été mis en place au 19 Février 2011. Il est un tout nouveau service admis dans l'organigramme des hôpitaux, plus précisément dans le corps administratif. Le « Centre de Calcul » est une salle spécialement aménagée et équipée pour abriter le réseau informatique dédié au projet 3COH.

Au minimum, un tel centre devra comporter un serveur ; six (06) postes de travail ; un poste de saisie dédié aux opérations de la pharmacie ; un poste de travail aux opérations de gestion des stocks autre que les produits pharmaceutiques ; un poste de travail attribué aux services comptables ; un poste de travail mis à la disposition de la comptabilité analytique (calcul des coûts) ; un poste dédié à la gestion et à la maintenance du réseau et un poste alloué à la direction de l'établissement pour consultation des tableaux de bord et des divers indicateurs de gestion.

1. L'organisation du « centre de calcul »

Nous avons maintes fois insisté sur l'importance du facteur humain pour la réussite du projet de mise en œuvre du système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements. Deux aspects fondamentaux doivent être pris en compte :

✓ L'implication personnelle, effective, résolue et permanente du Directeur Général de l'établissement est le paramètre essentiel. Il doit jouer pleinement son rôle de coordonnateur, de catalyseur et d'arbitre. Premier décideur, il doit savoir écouter, encourager et motiver tant les membres de l'équipe de projet que les utilisateurs parfois désorientés par un système qui apporte le changement tant au niveau des méthodes de travail et qu'à celui des comportements des individus.

L'installation du « centre de calcul » à proximité du bureau du Directeur Général n'est pas une décision fortuite : le regard du Directeur Général doit être perceptible. Meilleure manifestation de l'intérêt du premier responsable de l'établissement, Il pourra prendre la forme de visites pour s'enquérir de l'état d'avancement des travaux et par un accès, via son poste de travail, à la base de données et aux indicateurs de gestion que commence déjà à fournir le logiciel 3COH.

✓ La définition précise des missions des membres de l'équipe de projet. Face à un projet qui amène un changement majeur en incitant au travail collaboratif, au partage et à la rigueur dans le

travail, cette définition vise à la fois à conforter chacun dans son rôle et à éviter la dilution des responsabilités.

Rappelons que l'équipe de projet est constituée de 3 personnes : un gestionnaire, un comptable et un informaticien.

- **Le gestionnaire**

Il est le premier responsable de la gestion au quotidien du fonctionnement du système. Sa mission principale consiste à maintenir le lien de communication permanent avec la Direction générale et les services utilisateurs. Pour cela, il devra :

- Définir des procédures de communication avec les services utilisateurs
- Organiser, chaque fois que requis, et au moins une fois par semaine, une séance de travail avec les autres membres de l'équipe de projet. L'objet de cette séance est de faire le point sur le fonctionnement général du centre et de solutionner les éventuels problèmes rencontrés
- Fournir, une fois par semaine, au Directeur Général tous les éléments sur l'avancement des travaux au niveau du centre de calcul
- S'assurer de la bonne transmission des données de et vers les services utilisateurs
- Organiser, et éventuellement animer, des séances de formation au profit des services utilisateurs
- Maintenir un contact permanent avec les services utilisateurs et s'enquérir de leur degré de satisfaction ou de non satisfaction
- Identifier et documenter les besoins nouveaux ou les demandes d'améliorations au système, demandées par les services utilisateurs
- Veiller au respect des relations contractuelles avec les fournisseurs des outils de gestion du système d'information : matériel, logiciel et autres accessoires
- S'assurer de la visite périodique de ces fournisseurs dans le cadre d'une gestion préventive des incidents

- Vérifier, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de projet, le respect par le logiciel 3COH des termes du « décret exécutif n° 09-110 du 7 avril 2009 fixant les conditions et modalités de tenue de la comptabilité au moyen de SI ».
- Prendre toute mesure utile pour faciliter la communication entre les différents acteurs du système d'information : Direction Générale, services utilisateurs, équipe de projet, personnel affecté à la saisie des données, concepteur du logiciel, fournisseurs de matériel et d'autres logiciels.

- **Le comptable**

Dans le cadre du nouveau système de comptabilité informatisée de gestion, le rôle des comptables de l'établissement va changer de façon importante, la majorité des tâches routinières et répétitives étant maintenant prises en charge par le logiciel.

Essentiellement technique, la mission du comptable, membre de l'équipe de projet, consistera à :

- former les utilisateurs, notamment les membres du service de la comptabilité, aux principes et méthodes du nouveau système comptable;
- vérifier la conformité du paramétrage du système (plan comptable, journaux, plan budgétaire) avec les spécificités propres de l'établissement et la réglementation en vigueur
- gérer, au profit des services utilisateurs, les fichiers des tiers (clients, fournisseurs, salariés) et s'assurer du non redondance des données
- réaliser quotidiennement le contrôle de cohérence des données gérées par le système
- procéder, à chaque fin de mois, à la centralisation des journaux auxiliaires
- Production et validation par les services du document de synthèse des opérations du mois
- Transmission du document de synthèse dûment validé au Directeur général et classement d'une copie au niveau des services comptables
- Clôture du mois

- Production des états de synthèse
- Transmission à la Direction Générale
- Classement des états de synthèse au niveau du service de la comptabilité;
- À transmettre à l'informaticien tout disfonctionnement d'ordre technique du système
- **L'informaticien**

Il devra assurer pleinement son rôle de technicien. Sa mission principale consistera à assurer le fonctionnement du logiciel et du matériel qui le loge dans des conditions optimales de sécurité et de confidentialité. Pour ce faire, il devra assurer les tâches suivantes :

- Définition et documentation des procédures de sécurisation du système; tant au niveau physique que logique : Accès au centre de calcul, Protection physique du matériel, Contrôle des intrusions non autorisées, Mise en place d'antivirus performants et à jour, Prise quotidienne de copies de sécurité de la base de données et de son environnement
- Transmission au Directeur général des procédures de sécurisation du système
- Définition, avec les autres membres de l'équipe du projet, de procédures de travail manuelles en cas de panne majeure du système
- Gestion des usagers (noms, droits d'accès) et des profils des usagers de l'application 3COH : Cette gestion doit être faite avec la participation des autres membres de l'équipe de projet, L'identification des usagers et de leurs habilitations devront être communiquées au Directeur Général et être révisées périodiquement (au moins une fois par mois)
- Prise en charge des problèmes techniques, Tenue à jour d'un registre des incidents techniques, Résolution de problèmes techniques mineurs n'ayant aucune incidence sur l'organisation ou la fiabilité de la base de données, Transmission au concepteur du logiciel, dans les délais les meilleurs, de tout incident ou anomalie constatée dans le fonctionnement du logiciel, Prise en charge de tout problème technique affectant le matériel informatique, les accessoires de réseau ou les logiciels d'exploitation

- Installation des versions mises à jour du logiciel : Installation des mises à jour et exécution des procédures communiquées par le concepteur
- Gestion technique du paramétrage du système : En collaboration avec les autres membres de l'équipe et/ou les services utilisateurs, il devra assurer la réalisation technique du paramétrage du système.
- Identification de besoins nouveaux exprimés par les services utilisateurs, Dans le souci de maintenir un système performant qui répond au mieux aux besoins des utilisateurs et à ceux de la Direction de l'établissement, il devra – en collaboration avec le gestionnaire - identifier et documenter les besoins nouveaux que pourraient exprimer les services utilisateurs, Périodiquement, il devra communiquer ces besoins au concepteur du logiciel pour en examiner la faisabilité dans le cadre des relations contractuelles entre les parties que sont l'établissement et la société conceptrice du logiciel.

2. Les objectifs du « centre de calcul »

L'installation d'un centre de calcul est une étape primordiale dans la mise en œuvre du système 3COH. Lors de l'installation de ce centre, on lui à confier un ensemble d'objectifs, dont les principaux étant :

- L'adaptation du logiciel aux informations de l'hôpital, c'est-à-dire le paramétrage ;
- La mise à jour du système 3COH ;
- La vérification de l'ensemble des transactions ;
- L'application des différentes comptabilités dans le système de gestion hospitalière ;
- La détermination des coûts des activités hospitalières ;
- L'élaboration des états financiers des hôpitaux, ainsi que du tableau de bord ;
- Aider le manager de l'hôpital à la prise de décision.

3. Les missions du service « centre de calcul »

Dans cette première phase, il est confié aux personnels du centre de calcul d'enregistrer toutes les transactions effectuées à l'hôpital par tous les services concernés par le système 3COH, jusqu'au jour où les transactions seront enregistrées en temps réel. À partir de moment-là, les tâches du centre de calcul seront circonscrites ; il sera chargé d'assurer le bon fonctionnement du système, de centraliser les transactions et de produire les états financiers annuels.

3.1. La collecte des données

Durant cette phase, le centre de calcul s'occupe de collecter l'ensemble des transactions effectuées au sein du CHU dans les différents services administratifs et médicaux.

Dans une première étape, le chef du centre de calcul va demander aux chefs des autres services l'inventaire physique qui est l'état des stocks réels en quantité et en valeur de la fin de l'année 2012 c-à-d la situations arrêtée au 31 décembre 2012, l'administrateur clôture tous les modules afin d'établir les différents états de l'exercice en cours pour commencé l'exercice de l'année 2013 .

3.1.1. En matière de stocks (module gestion des stocks)

- Production des états (pour chaque magasin, famille, et sous-famille) : l'état des stocks (en quantité et en valeur) ; la liste des articles et journaux et distribution comptable associées.
- Validation (cachet et signature du chef de service) des états produits.

3.1.2. En matière d'achat

- Production des états relatifs aux dettes : la balance fournisseurs ; le tableau nominatif des dettes et le grand livre des fournisseurs.
- Production des journaux : les commandes ; les réceptions (éventuellement par fournisseur) et l'achat avec distribution comptable.
- Etats relatifs aux achats : l'achat par article et famille d'articles.
- Validation (cachet et signature) par les responsables des services concernés.

3.1.3. En matière de BUDGET (module BUDGET)

- Production des états : l'états budgétaire sommaire détaillé ; l'états des engagements ; l'états des liquidations et l'états des mandatements.
- Validation par le service contrôle et finance (ou équivalent).

3.1.4. En matière de FACTURATION (module FACTURATION REGIE)

- Production des états : le journal des ventes au comptoir ; l'état des prestations par service et l'état des encaissements.
- Validation par le service concerné.

3.1.5. En matière de CONSOMMATION (module CONSOMMATION)

- production des états : la consommation par service et unité ; la consommation par famille d'articles.
- validation par le service fournisseur.

Lorsque le centre de calcul a terminé le traitement de cette période, il a entamé la deuxième étape consistant en la collecte des transactions du premier trimestre de l'année 2013.

Chaque transaction est saisie par un usager et elle alimente un journal. Une telle transaction possède toujours les caractéristiques suivantes :

- Sa date (d'enregistrement) ; c'est la date de saisie que propose le système ;
- Son numéro unique. En effet, deux transactions de même nature ont toujours deux numéros distincts ;
- Le numéro de la pièce justificative qui lui a donné naissance. En effet, une transaction est toujours saisie à partir d'un document qui est sa « pièce justificative ». Le contenu de la transaction (électronique) devra toujours être identique à celui de la pièce qui lui a donné naissance ;
- L'identification de l'utilisateur qui l'a enregistrée, ainsi que la date et l'heure à laquelle cette saisie a été réalisée.

3.2. L'enregistrement des données

Le centre de calcul, dans l'étape d'enregistrement des transactions, réalise quatre tâches principales : la saisie, la mise à jour, la validation et la centralisation.

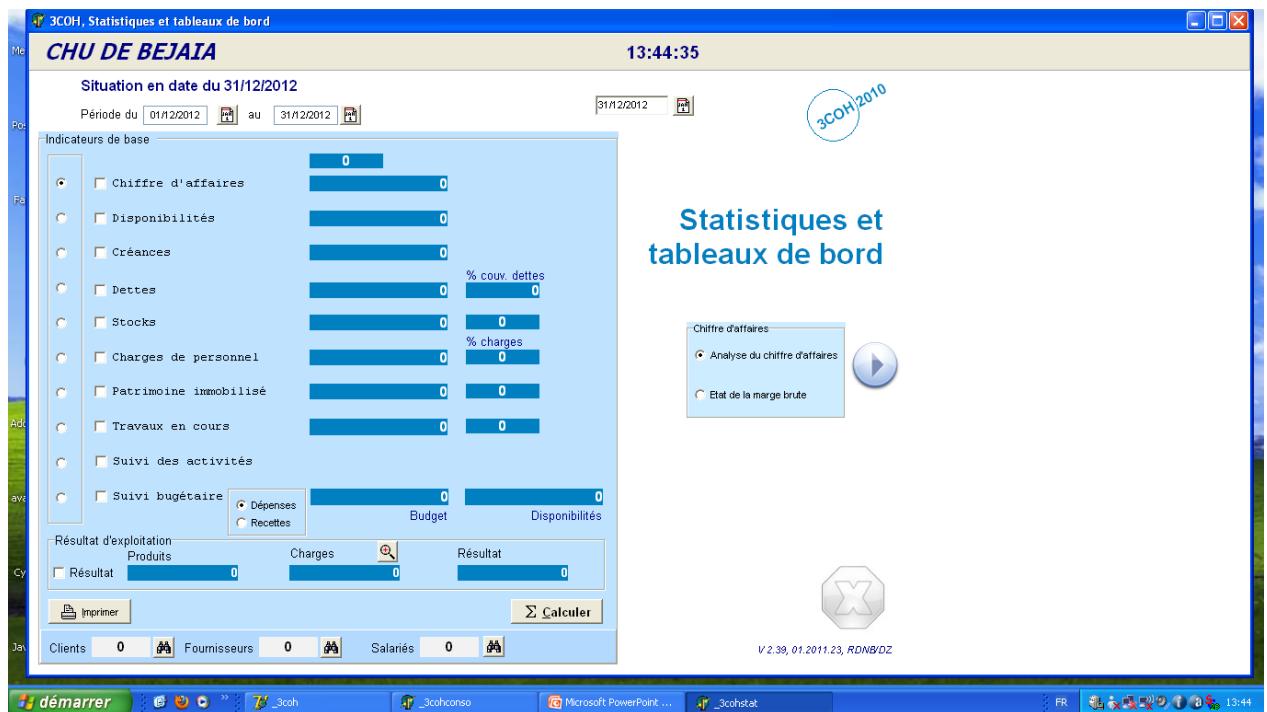
- **La saisie** : cette étape consiste à la transformer une pièce justificative (facture) en une facture électronique dans le logiciel 3COH. En d'autres termes, c'est la transmission des données de la transaction au système 3COH ;
- **La validation** : la validation d'une transaction est l'enregistrement de celle-ci définitivement dans le logiciel. Cela confirme en quelque sorte que la transaction est bien réelle ; elle peut être importé vers l'étape de centralisation et ne peut plus être modifiée.

Il est toujours possible que des erreurs se glissent au moment de la saisie d'une transaction. C'est pour cette raison que 3COH offre la possibilité de corriger (de mettre à jour) toute transaction. Mais, on peut se poser des questions sur la fiabilité et la sécurité des données s'il est ainsi possible de les modifier. En effet, si on pouvait modifier à loisir les transactions enregistrées dans le système, le critère de fiabilité des données enregistrées dans 3COH ne sera pas respecté. Toutefois, il n'est possible de mettre à jour une transaction que si celle-ci n'a pas été validée. Autrement dit, une transaction validée ne peut être mise à jour ;

3.3. Le tableau de bord

Lorsque le logiciel deviendra totalement fonctionnel et lorsque chaque service fera directement la saisie de ses transactions, le centre de calcul se contentera de faire la centralisation des transactions ; le logiciel 3COH élaborera automatiquement les états de synthèses, et le directeur aura accès directement à ces résultats à partir de son ordinateur. Ayant accès à tous les modules du système 3COH, le directeur n'aura pas besoin d'un compte rendu (il peut toutefois exiger un compte-rendu ponctuel en cas de problème déclaré), puisqu'il a accès à toutes les informations liées à son établissement avec des analyses graphiques présentées par le logiciel 3 COH dans le tableau de bord.

La structure générale et le contenu du tableau de bord dans le logiciel 3COH peut être présenté comme suit :



Le logiciel propose une représentation graphique de l'évolution dans le temps de toutes les données chiffrées du tableau de bord. En outre, chacune des rubriques du tableau de bord contient des sous-rubriques présentant d'autres indicateurs. Par exemple, quand on coche la rubrique chiffre d'affaire, il y a deux sous-rubriques qui s'affichent : analyse du chiffre d'affaire et état de la marge brute.

III. ETUDE DE CAS

Tout au long des chapitres précédents, nous avons tenté de cerner le cadre théorique en se rapportant à la notion de l'une des comptabilités du système 3COH qui est la comptabilité analytique. Au cours de ce chapitre, nous allons essayer d'appliquer ces acquis théoriques à l'évaluation de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes au niveau du CHU de Béjaïa.

Dans l'impossibilité technique d'effectuer notre cas pratique sur toutes les opérations du système 3COH au sein du CHU de Béjaïa grâce à la durée courte de notre stage (un mois) et à la complexité et l'homogénéité de l'ensemble des modules (opérations, tiers, comptabilités, résultats) de système 3COH et aussi au respect de la chronologie de l'enregistrement de toutes les transactions effectuées à l'hôpital, on a dû s'orienter vers un volet gestionnaire de la comptabilité analytique, à savoir l'évaluation du système de calcul des coûts de l'hôpital, ceux

des consultations, des actes médicaux et chirurgicaux, des journées d'hospitalisations, des activités logistiques, des repas servis aux malades, pour les analyser et, ensuite, les tarifier...

Pour mettre en application ce système, nous avons choisi d'utiliser les données du premier trimestre de l'année 2013. Nous allons prendre une période comptable mensuelle, c'est-à-dire, calculer les coûts des prestations hospitalières pour chaque mois (janvier, février, mars) et on limite notre cas sur une seule section principale. Pour mettre en place ce système, plusieurs étapes s'imposent :

- le choix des objets de coûts ;
- le découpage de l'hôpital en centres d'analyse ;
- le choix des clés de répartition et des unités d'œuvre ;
- collecte des données (renseigner les tableaux de charges et d'activités) ;
- la répartition des charges sur les centres d'analyse, puis sur les objets de coûts.

1. Le choix des objets de coûts

Un modèle de comptabilité analytique doit être conçu pour répondre aux besoins d'information des décideurs, besoins qu'il convient d'identifier. Cela consiste à définir les objets de coûts, c'est-à-dire, identifier l'élément dont nous voulons mesurer le coût (un acte médical, une journée d'hospitalisation, un séjour hospitalier...etc.).

Au cours de cette étude au niveau de CHU de Béjaïa, notre réflexion sur le choix des objets de coûts les plus pertinents s'est structurée autour de la recherche d'un paramètre qui reflète correctement l'activité de l'hôpital et qui va convaincre l'organe payeur (sécurité sociale, l'Etat et le patient) que les coûts facturés sont bien les coûts supportés. Pour cela, nous nous proposons d'utiliser l'objet de coût correspondant au système de remboursement qui sera pratiqué par les organes payeurs dans le cadre du projet de la contractualisation. Ce système de contractualisation propose l'utilisation d'un mécanisme de remboursement qui se fera sur deux modes différents selon que le patient soit hospitalisé ou non. Dans le cas d'un patient ambulatoire, le remboursement se fera sur la base de la nomenclature nationale des actes médicaux. Dans le cas d'une hospitalisation, il se fera sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (médicales, chirurgicales,

psychiatriques, spécialités lourdes et coûteuses et maternité). Compte tenu de ces conclusions précédentes, nous proposons pour le CHU de Béjaïa, l'emploi conjugué de deux types d'objets de coûts :

- 1) un objet de coût correspondant au type de remboursement qui sera pratiqué par l'organe payeur dans le cas d'une hospitalisation : le coût de la journée d'hospitalisation dans chaque service médical et chirurgical ;
- 2) un objet de coût correspondant à la lettre-clés des actes médicaux et chirurgicaux : le coût d'un " B" pour les actes d'analyse médicale, le coût d'un " R " pour les actes de radiologie et le coût d'un " k " pour les actes de chirurgie...etc.

Il est nécessaire de signaler que, certainement dans l'avenir apparaîtront des remboursements par pathologie, par cas, par capitation. A ce moment là, nous devrons peut être revoir notre choix sur certains objets de coûts.

2. Le découpage du CHU de Béjaïa en centres d'analyse

La lecture du guide méthodologique nous a conduits à distinguer deux types de sections d'analyses : les sections auxiliaires et principales. Nous retrouvons des sections auxiliaires à caractère général : l'administration, services économiques et sociaux. Chaque section regroupe plusieurs fonctions. Les sections auxiliaires à caractère médical sont, en l'occurrence, le bloc opératoire, l'imagerie, le laboratoire...etc.

Le découpage réalisé au niveau de CHU de Béjaïa distingue deux types de sections : les sections principales sont celles dont l'activité concourt directement à la production de l'unité d'œuvre pour laquelle nous voulons calculer le coût : la journée d'hospitalisation, la séance de dialyse,... et les sections auxiliaires sont des centres d'activité qui ne produisent pas directement les unités d'œuvre objet du calcul des coûts, mais qui sont plutôt prestataires de services au profit des sections principales.

Tableau N° 08 : la liste des sections principales et auxiliaires du CHU de Bejaïa

Sections principales	Sections auxiliaires
<ul style="list-style-type: none"> – Pavillon des urgences – Réanimation – Médecine interne – Pédiatrie – Neurochirurgie – Chirurgie orthopédique – Chirurgie viscérale – O.R.L – Maxillo-facial – Ophtalmologie – Psychiatrie – Néphrologie – Phtisiologie – Maternité – Gynécologie – Néonatalogie – Hémodialyse – Service d'infectieux – Médecine légale – Médecine du travail – SAMU 	<ul style="list-style-type: none"> – Bloc opératoire – Imagerie médicale – Laboratoire – Administration – Centre de dépistage – Direction des moyens matériels

Source : réalisé par nos soins à partir des données du CHU Khellil Amrane de Bejaïa. 2013.

3. le choix des clés de répartition et des unités d'œuvre :

Après avoir déterminé la méthodologie du découpage analytique de l'hôpital en centre d'analyse, il convient maintenant d'étudier la démarche comptable pour choisir les clés de répartition et les unités d'œuvres qui vont nous faciliter le déversement des charges indirectes sur les centres d'analyse, puis sur les objets de coûts.

La clé de répartition appelée aussi coefficient de répartition (assiette de répartition) est utilisée seulement pendant l'étape de répartition primaire.

L'unité d'œuvre est une unité de mesure représentative de l'activité d'un centre d'analyse qui va nous faciliter le déversement du coût d'un centre d'analyse auxiliaire sur un centre d'analyse principal, puis le coût de ce dernier sur l'objet de coût.

Il s'agit de renseigner les tableaux du canevas A et du canevas B⁴. La collecte des données se fait mensuellement avec une récapitulation à la fin de chaque trimestre.

4. La collecte des données

Il s'agit de renseigner les tableaux du canevas A et du canevas B. La collecte des données se fait mensuellement.

4.1. Les charges

Les charges correspondent aux frais de fonctionnement des services. On les obtient

- En évaluant les produits consommés par chaque service à travers les prix unitaires et les états de consommation des différents magasins (lingerie, papeterie, pharmacie, ...) pour ce qui est des produits stockables et distribuables.
- En calculant la quote-part qui revient au service par rapport aux crédits consommés lorsqu'il ne s'agit pas de produits stockables ou distribuables (salaires, maintenance, formation, énergie, ...).

Les charges se subdivisent en six catégories :

– Les dépenses de Personnels

Les charges de personnels sont une composante fondamentale du coût de revient d'une journée d'hospitalisation estimées par le Ministère de la Santé entre 60 % à 70 % dans les CHU. La volonté d'avoir le coût de revient d'une journée d'hospitalisation avec le maximum de précision nous a conduit à accorder une attention particulière à ce poste de charge. Une affectation précise et correcte de plus de 70 % des dépenses de CHU donne une grande fiabilité aux résultats de ce système de comptabilité analytique.

⁴ Guide méthodologique pour la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogènes : « Canevas A : les états de consommation par service (charges) et Canevas B : les états statistiques des activités des services médicaux et du plateau technique »

Ce tableau répartit les charges salariales du CHU de Béjaïa par catégories de personnel (personnel médical, personnel paramédical et autre personnel) et par section MATERNITE pour le 1^{er} trimestre 2013. Le tableau suivant indique la totalité des charges de personnel du service MATERNITE pour le 1^{er} trimestre 2013 :

Tableau N° 09: répartition de l'effectif par corps et par le service MATERNITE

Désignation des corps	MATERNITE	
	Effectif	Montant
Professeurs	-	-
MED. GENERAL	-	199 384,50
S/T MEDICAL	-	199 384,50
PSY.ET ORTHOPH.	-	-
INFERMIERS.P	-	351 360,00
I.D.E	-	3 492 481,00
INFERMIERS. B	-	286 821,75
A.T.S	-	-
S/T PARAMED	-	4 130 662,75
ADMINISTRATIFS	-	516 168,00
TECHNIQUE	-	-
S/T .ADM.	-	516 168,00
IND.PERS.HOSP.UNI	-	-
IND.GARDE	-	-
RAP.S/TRAIT.	-	546 778,43
OEUV. SOC	-	265 863,30
S/T AUTRES	-	812 641,73
TOTAL	-	5 658 856,98

Source : réalisé par nos soins à partir des données du CHU Khellil Amrane de Bejaïa. 2013.

– Les dépenses d'alimentation

Cette catégorie de charges nous permet d'avoir le coût global des produits alimentaires consommés durant le 1^{er} trimestre 2013 et qui servira au calcul du coût du repas, lequel servira à son tour à calculer la dépense alimentaire par le service MATERNITE. Cette évaluation des charges alimentaires a porté sur l'ensemble des charges se rapportant à la confection du repas : les produits alimentaires (la viande, les légumes, les fruits...) et les différents ingrédients. Les données sur ces charges sont obtenues à partir du " grand livre " de la sous-direction des affaires économiques. Malheureusement, ils ne nous ont donné aucune donnée sur les charges d'alimentation.

– Les dépenses de Pharmacie

Cette catégorie de charge intègre les coûts de médicaments, de films et de produits radiologiques, des réactifs, des produits de laboratoires, des consommables et accessoires et enfin des vaccins, pansements et sérum. Le coût des produits consommés est égal à la valeur des produits reçus pendant la période, à laquelle s'ajoute la valeur du stock initial moins celle du stock final. Le coût comprend ainsi la valeur des médicaments servis, mais aussi celle des médicaments perdus (suite aux avaries et/ou péremption). Ces charges sont directement affectées au service MATERNITE. Les données des différentes consommations concernant 1^{er} trimestre 2013 ont été recueillies directement à partir du logiciel de gestion de la pharmacie de l'hôpital. Le tableau suivant présente les charges des produits pharmaceutiques et consommables médicaux consommés par les différentes sections de CHU de Béjaïa pendant la période étudiée :

Tableau N° 10 : L'état de la consommation pharmaceutique par le service MATERNITE en DA

SECTION	Médicaments, sérum, pansements et vaccins	Consommable et accessoires	Films et produits radiologiques	Réactifs et produits de laboratoire	TOTAL
MATERNITE	1 815 018,73	1 607 739,84	7 700,00	-	3 430 458,57

Source : réalisé par nos soins à partir des données du CHU Khellil Amrane de Bejaïa. 2013.

– Fourniture Diverses

De la même façon que pour les charges des produits alimentaires, nous trouverons ici cinq catégories de charges : fourniture de bureau, matériel et mobilier non médical, matériel et mobilier médical, produits d'hygiène et enfin linge et literie. Ces différentes charges seront virées entièrement à la section parc auto. Le tableau suivant présente les charges diverses pour les mois de janvier 2013 :

Tableau N° 11 : L'état de sortie de cinq produits de fourniture du mois de janvier

SECTION	fourniture de bureau	M.MOB.	M.MOB.MED	Produits d'hygiène	Linge et literie	TOTAL
MATERNITE	25 416,11	10 530,00	-	18 789,03	-	54 735,14

Source : réalisé par nos soins à partir des données du CHU Khellil Amrane de Bejaïa. 2013.

– Entretien et Maintenance

Cette catégorie de charges distinguera, les charges des travaux d'aménagement et d'entretien effectués par des entreprises extérieures qui seront affectées directement à partir des factures et des mémoires de travaux dans les sections bénéficiaires, Travaux d'aménagement et d'entretien effectués en régie, Travaux de maintenance effectués par des entreprises et Travaux de maintenance effectués par les techniciens de l'hôpital. Toutes ces dépenses sont affectées directement à la section maintenance et entretien. Le tableau suivant nous donne les charges d'entretien et de maintenance pour les mois de Janvier, Février et Mars 2013 :

Tableau N° 12 : Les charges d'entretien et maintenance

SACTION	MATERNITE
Travaux d'aménagement et d'entretien effectués par des entreprises	-
Travaux d'aménagement et d'entretien effectués en régie	-
Travaux de maintenance effectués par des entreprises	-
Travaux de maintenance effectués par les techniciens de l'hôpital	205 000,00
S/TOTAUX	205 000,00

Source : réalisé par nos soins à partir des données du CHU Khellil Amrane de Bejaïa. 2013.

– Charges Communes

Les charges communes sont des charges qui ne sont pas quantifiables, ou dont on ne peut pas déterminer avec exactitude la part qui revient à chaque service : électricité, eau, gaz, téléphone, etc.

4.2. Les activités

Il s'agit des tableaux qui sont censés refléter l'activité des services médicaux et du plateau technique. Ce sont des données qui nous permettront par la suite de calculer le prix de revient des différents actes pratiquées au niveau des services médicaux et médicaux-technique.

Dans ce qui suit, nous allons aborder le volume d'activité du service MATERNITE. Les unités d'œuvre utilisées pour quantifier les activités de ce service sont inspirées de la nomenclature générale des professionnels. Les tableaux ci-après nous donnent l'activité mensuelle des services soins, de consultation (service de consultation externe, les services de médecine légale, les services de médecine de travail et le service psychiatrie), des urgences médicales et des urgences chirurgicales, d'hémodialyse, le SAMU et de stomatologie pour le 1^{er} trimestre 2013. Ce sont des activités qui nous permettront, dans l'étape de répartition secondaire, de calculer le coût de revient des différents actes médicaux réalisés au niveau des services de soins.

– Hospitalisations et Consultations

Tableau N° 13 : activité des services d'hospitalisation

SECTION	Nombre de lits	Nombre de parturientes admises	Nombre de journées d'hospitalisation	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation moyen
MATERNITE	34	2 214	3 494	2	115,47%

Source : réalisé par nos soins à partir des données du CHU Khellil Amrane de Bejaïa. 2013.

A partir des données saisies, le système détermine, pour chaque unité, 2 importants paramètres de l'activité hospitalière :

- DMSH : Durée moyenne du séjour hospitalier

$$\text{DMSH} = \text{N}^{\text{bre}} \text{ de J.H} / \text{N}^{\text{bre}} \text{ de Malades Admis}$$

$$\text{DMSH} = 3\,494 / 2\,214$$

$$\text{DMSH} = 1,57 \approx 2$$

- TOM : Taux d'occupation moyen des lits

$$\text{TOM} = (\text{N}^{\text{bre}} \text{ de J.H.Réalisé} / \text{N}^{\text{bre}} \text{ de J.H.Disponible}) \times 100$$

- $\text{N}^{\text{bre}} \text{ de J.H.Disponible} = \text{N}^{\text{bre}} \text{ de lits} \times 30$ (pour le mois)

$$\text{N}^{\text{bre}} \text{ de J.H.Disponible} = 34 \times 30 = 1\,020$$

Mais pour le trimestre, en multipliant par 3

$$\text{N}^{\text{bre}} \text{ de J.H.Disponible} = 1\,020 \times 3 = 3\,060$$

Donc, $\text{TOM} = (3\,494 / 3\,060) \times 100$

$\text{TOM} = 114,18\%$

- **Activités des services d'Hémodialyse, du SAMU**

Les sections principales à caractère particulier ne donnent aucune activité pour le service MATERNITE

- **Activité du Laboratoire**

L'activité de la maternité nécessite un nombre d'examen de laboratoire, le tableau suivant relate l'essentiel de l'activité réalisée.

Tableau N° 14 : Activité du laboratoire

SECTION	MATERNITE	
	N ^{bre} EX	N ^{bre} B ⁵
Examens de labo		
FNS+équilibre	1 897	56 910,00
VS	20	160,00
GS+C.D.E+D.U	1 942	58 260,00
TP+Plaquettes	741	22 230,00
Fibrinogène	485	9 700,00
CRP	325	13 000,00

Source : réalisé par nos soins à partir des données du CHU Khellil Amrane de Bejaïa. 2013.

– Activité de l’Imagerie

Il n’existe pas de l’activité de l’imagerie pour le service MATERNITE

– Activité du Bloc Opératoire et du Plateau Technique

Manque de données de ces deux Activités

5. La répartition des charges

Cette étape consiste à répartir les charges directes et indirectes dans les différents centres d’analyse et à imputer, enfin de compte, ces charges aux différents objets de coûts. Cette répartition se fait en trois phases :

⁵ Acte d’analyse médical

- la phase de répartition primaire : consiste à affecter de manière directe ou indirecte les charges incorporables sur les centres d'analyse en tenant compte des données des étapes précédentes ;
- la phase de répartition secondaire : consiste à répartir, à l'aide des unités d'œuvre, les coûts des centres d'analyse auxiliaires sur les centres principaux ;
- la phase de calcul des coûts unitaires des objets de coûts : consiste à répartir les coûts des centres d'analyse principaux sur les objets de coûts à l'aide des unités d'œuvre.

Donc, dans notre cas, on ne peut pas faire de la répartition des charges pour un seul service (MATERNITE).

IV. LES LIMITES ET LES DIFFICULTES

Le système de triple comptabilité hospitalière présente plusieurs avantages pour la gestion hospitalière.

- Il permet l'accès des usagers aux informations et aux données à tout moment,
- Il détermine les coûts de revient chaque activité hospitalière,
- Il organise l'ensemble des transactions effectuées à l'hôpital et permet l'élaboration des états de synthèses qui aident à la prise de décision.

Comme tout système d'information, le système de triple comptabilité hospitalière présente des difficultés et des insuffisances, liées notamment à son adaptation à ces établissements hospitalières et à leurs caractéristiques complexes dans l'organisation et dans le fonctionnement.

Nous allons nous intéresser aux limites liées à l'environnement matériel de l'application du système 3COH. D'après nos observations et les commentaires des usagers, on a :

- Le réseau internet qui n'est pas toujours disponible ;
- Des difficultés d'adaptation des différentes mises à jour du logiciel, quelque fois il y'a des mises à jour que les usagers ont du mal à les maîtrisées ;

- En cas d'erreur de la part d'un usager, toutes les transactions effectuées par les autres usagers doivent être refaites, ce qui pose de nombreux désagréments pour les usagers ;
- Lorsque les usagers rencontrent une erreur, ils ont la possibilité d'envoyer leur base de donnée à l'entreprise ayant conçu le logiciel, mais la plupart du temps la base de données est retournée en l'état, sans correction des erreurs d'application ;
- Un grand manque dans la documentation portant sur le mode de fonctionnement du logiciel ;
- La base de donnée est la même pour tous les usagers de l'hôpital, ce qui rend les erreurs plus difficile à gérer. Puisque l'erreur d'un seul service exige le réenregistrement des transactions de l'ensemble des autres services.

Lors de l'application du logiciel 3COH, les usagers ont rencontré des problèmes liés au contenu de ce dernier :

- Quelques modules ne sont pas opérationnels, comme par exemple le module de gestion des ressources humains ;
- Quelques sous-familles ne sont pas bien réparties en groupes, comme par exemple la classification des actes médicaux ;
- Quelques modules ont subi à plusieurs reprises des changements et des mises à jour ;
- Cette instabilité engendre beaucoup de difficultés pour les usagers, qui doivent à chaque fois resaisir les transactions ;
- Le manque de quelques écritures comptables ;
- Lors de l'enregistrement des quantités entrées en stocks et du chiffre, le logiciel accepte sans problème l'écriture de chiffres avec la virgule, mais lorsque le comptable veut enregistrer des sorties de stock le logiciel n'accepte que les quantités saisies en chiffres entiers et pas des chiffres avec la virgule ;
- Un manque d'informations sur quelques opérations et quelques modules, comme le module de la gestion de ressources humaines ;

- L'insuffisance des informations sur le mode de fonctionnement du module de la comptabilité analytique ;
- Quand l'usager fait l'enregistrement (validation) d'une facture, il ne peut plus après enregistrer des factures avec une date inférieure à celle-ci ;
- Quelques rubriques et étapes d'enregistrement des factures ne sont pas adaptées à la nature de ces dernières. Ainsi, lors de l'enregistrement d'une facture de service, le logiciel va demander de remplir quelques colonnes obligatoirement, dont certaines ne sont pas en relation avec le service en question, comme par exemple la date du début de stock, le nom du magasin, etc.

Nous allons essayer de recenser les difficultés rencontrées par les personnels qui appliquent ce système et ceux qui sont censés l'utiliser dans leur fonction, comme les directeurs d'hôpitaux. D'après les observations faites lors de notre stage pratique, nous pouvons citer :

- Le manque de formation et de suivi des usagers ;
- Le manque de confiance des responsables dans le système 3COH ;
- Le manque de volonté de la part des responsables des hôpitaux ;
- Le manque de maîtrise du logiciel par les différents usagers du système ;
- Les responsables (notamment le directeur) ne sont pas suffisamment impliqués dans cette phase de mise en œuvre, laissant les usagers confrontés à des problèmes délicats à gérer ;
- Le manque de détails sur le contenu et le fonctionnement de quelques modules limite les capacités des usagers.

En conclusion, face à ces limites et difficultés, le système de 3COH est encore loin d'être totalement opérationnel. On n'a pas encore pleinement mesuré son potentiel ; aucune décision n'a encore été prise par les dirigeants d'hôpitaux sur la base des données et des analyses du logiciel 3COH, car tous les hôpitaux sont toujours dans la phase d'enregistrement des transactions effectuées durant l'année précédente.

CONCLUSION

Nous avons exposé dans ce chapitre la démarche suivie pour mettre en place le système de triple comptabilité hospitalière (3COH) au niveau du CHU de Béjaïa. Pour inspecter cette phase de mise en place, nous avons premièrement suivi les étapes les plus importantes dans l'installation et l'implantation du système 3COH. Dans une première étape, nous avons vérifié la phase d'installation du logiciel 3COH et du réseau informatique. Dans la seconde, nous avons constaté la démarche de paramétrage du logiciel au sein du CHU de Béjaïa. Ensuite, nous avons présenté la phase d'importation de la situation de départ. Enfin, nous avons analysé la phase de recueil des informations et des transactions comptables à partir de mois de mois de janvier 2013 qui permettent leurs enregistrements dans le logiciel 3COH pour la réalisation des états de synthèse, ainsi que l'élaboration du tableau de bord de l'hôpital nécessaire pour la prise de décision.

Notre étude empirique à partir du cas du CHU de Béjaïa, qui est concrétisée par le système de calcul des coûts que nous avons effectué et qui porte sur le logiciel 3COH, nous a permis de soulever quelques problèmes de fonctionnement de ce logiciel et de fournir des recommandations pour la maîtriser.

Du fait que la procédure 3COH doit être conduite et menée par des spécialistes en ce domaine, nous avons essayé, pendant notre stage, de procéder à une petite analyse sur la comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes .Nous avons constaté que la pratique de système 3COH au niveau du CHU de Béjaïa, n'est pas encore pertinente. Il n'y a pas une démarche bien claire et précise suivie pour la préparation des résultats finale de chaque année, faute notamment d'une formalisation de 3COH. Alors que Cette partie a pour objectif d'illustrer, succinctement, quelques enseignements et analyses issus de la mise en place de la méthode des sections homogènes au niveau du CHU de Béjaïa. Tout d'abord, la méthode des centres d'analyse permet de comparer les différentes catégories de charge pour chaque service du CHU de Béjaïa. Ensuite, il est également possible d'analyser l'évolution des coûts des différentes sections et d'expliquer la structure détaillée des coûts de ces sections. Alors que, ce système pourrait avoir une importance déterminante dans la gestion hospitalière, celle-ci n'a pas pris sa place dans le CHU de Béjaïa.

Enfin, le système 3COH présente plusieurs avantages, aussi bien pour le gestionnaire de l'hôpital que pour les usagers ; il permet ainsi la détermination des coûts des services administratifs, économiques, médico-techniques et de soins à partir des états de synthèse.

CONCLUSION GENERALE

Arriver au bout de notre travail de recherche, il importe de faire la revue des grandes lignes qui le composent et de présenter brièvement les résultats obtenus.

Le développement de notre thème a montré l'importance de nouveau système de triple comptabilité hospitalière et son impact sur la gestion des hôpitaux publics c-à-d Il joue un rôle primordial dans l'amélioration du fonctionnement et de la performance des organisations hospitalières, particulièrement publiques, en matière de comptabilité hospitalière. Il peut assurer une bonne gestion hospitalière, comme il instaure une certaine transparence en milieu hospitalier. Il permet aussi de contrôler, d'informer, d'inciter et d'aider les gestionnaires hospitaliers d'avoir une vision globale de la marche de leurs établissements.

Le système 3COHest un logiciel très récent. Il s'est propagé récemment dans le monde. Il y a des pays où l'application du système 3COH est largement développée, comme il y a des pays où le système 3COH éventuellement n'est pas encore implanté et reste très embryonnaire dans l'application de ce système. Parmi ces derniers, se trouve l'Algérie.

Le problème en Algérie, il y a un grand disfonctionnement sur la gestion des hôpitaux publics. Tous ces dysfonctionnements constituent un obstacle devant l'implantation et le développement d'une culture de nouveau système 3COH en Algérie. Pour favoriser le développement de cette culture, qui joue un rôle prépondérant dans l'amélioration de la performance des hôpitaux publics, il est nécessaire de dépasser cet obstacle en agissant sur plusieurs aspects : l'installation du réseau internet, assister la documentation portant sur le mode de fonctionnement du logiciel ; faire la même base de donnée pour tous les usagers de l'hôpital, ce qui rend les erreurs plus facile à gérer. Puisque l'erreur d'un seul service exige le réenregistrement des transactions de l'ensemble des autres services.

La conduite de projet de 3COH dans les hôpitaux algériens sera très bénéfique pour eux du fait des problèmes et des dysfonctionnements qu'ils rencontrent. Il va servir davantage à l'amélioration de la situation existante

Du fait que la procédure 3COH doit être conduite et menée par des spécialistes en ce domaine (les acteurs de projet), nous avons essayé, au cours du cas pratique, de procéder à un cas pratique sur le fonctionnement du système 3COH. Nous avons constaté que la pratique de ce système au niveau du CHU de Béjaïa, n'est pas pertinente. Il n'y a pas une démarche bien claire

et précise suivie pour la préparation la situation d'un hôpital, faute notamment de non respect de la chronologie d'enregistrement des transactions effectuées. Alors que, l'application du système 3COH est importante dans les hôpitaux publics pour décrire facilement la situation d'in hôpital, celle-ci n'a pas presque pris sa place dans le CHU de Béjaïa.

Enfin, nous avons proposé d'implanter le système 3COH et de le rendre important et pertinent au sein de CHU, en agissant sur différents aspects (formalisation du système, développement du système d'information hospitalier...). Et cela pour une simple raison : un meilleur cadrage des dysfonctionnements rencontrés dans les hôpitaux publics Algériens en matière de gestion va inciter les managers hospitaliers à bien maîtriser leurs modes de fonctionnement et à minimiser le risque de se retrouver dans un état de manque de la bonne gestion.

Annexe N° 1 : Les unités d'œuvre

No	Désignation
C	Consultation
Désignation	
AMI	Soins infirmiers
AMM	Soins pratiqués par le kinésithérapeute
B	Laboratoire
C	Consultation
D	Stomatologie
DA	Dinar
INT	Intervention
JH	Journée d'hospitalisation
K	Chirurgie
P	Package
R	Radiologie
SF	Soins pratiqués par la sage femme
SNC	Séance

13

Mettre à jour

Ajouter

Quitter

Source : projet 3 COH: « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 2 : Les actes

Prestations médicales et paramédicales					
No	Sous-famille	Code	Désignation	U.O.	Cotation
80	ACTES DE LA SAGE FEMME	7016010001	ABLATION DU TUMEUR	K	1
79	ACTES INFIRMIERS	7016010028	ANNEAU	K	1
54	BACTERIOLOGIE	7016010002	ANNULO-PLASTIE MITRALE	K	311
50	BIOCHIMIE	7016010034	BIOPSIES	K	1
51	BIOLOGIE MOLECULAIRE	7016010003	C.A.V +CIA+FOP+UGCG(CURE RADICALE)	K	311
27	CARDIOLOGIE	7016010004	C.A.V CURE RADICAL	K	111
► 16	CHIRURGIE CARDIAQUE	7016010005	C.C.O	K	311
68	CHIRURGIE DE L'HEPATOBILIAIRE	7016010006	C.C.O + ANNULOPLASTIE	K	311
10	CHIRURGIE DENTAIRE	7016010027	CIA	K	1
11	CHIRURGIE GENERALE	► 7016010007	CURE RADICALE DU TF	K	311
19	CHIRURGIE INFANTILE	7016010035	DIVERS	K	1
17	CHIRURGIE PLASTIQUE	7016010033	DRAINAGES	K	1
12	CHIRURGIE THORACIQUE	7016010009	FERMETURE C.I.A	K	311
15	CHIRURGIE VASCULAIRE	7016010010	FERMETURE C.IAV+PLASTIE AORTIQUE	K	311
18	CHIRURGIE VISCERALE	7016010008	FERMETURE DU CAV	K	311
01	CONSULTATIONS	7016010031	FISTULES	K	1
		7016010030	KT	K	1
		7016010011	P.A.C	K	311
		7016010032	PONTAGES	K	1
		7016010012	R.A.O	K	311
		7016010013	R.V.A.O + R AORT ASCENDANTE	K	311
		7016010014	R.V.M	K	311
		7016010016	R.V.M + ANNEAU TRUCUSPIDEN	K	311
		7016010015	R.V.M + ANNULOPLASTIE TRICUSPIDE+REDUCTION DE L'OG	K	311
		7016010017	R.V.M + DEVERGA	K	311
		7016010018	R.V.M+RVAO	K	411
		7016010019	REJECTION DU TUMEUR DE L'OR	K	311
		7016010020	REJECTION MUSCULAIRE+PATH D'ARGISSEMENT	K	171

Tri selon Code Désignation

No	Classe
► 01	CHIRURGIE CARDIAQUE
02	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 3 : Les centres de responsabilité

No	Désignation																																																																										
04	CHIRURGIE Generale																																																																										
Unité d'oeuvre	Journée d'hospitalisation																																																																										
Unité de calcul des coûts																																																																											
<input checked="" type="radio"/> Journées d'hospitalisation <input type="radio"/> Activités (actes)		<input checked="" type="checkbox"/> Ouverte																																																																									
<table border="1"> <tr> <th>Service</th> <th>Nom du service</th> <th>Unité</th> <th>Nom de l'unité</th> </tr> <tr> <td>SVM009</td> <td>CHIRURGIE GENERALE</td> <td>01</td> <td>CHIRURGIE GENERALE HOMME</td> </tr> <tr> <td>SVM009</td> <td>CHIRURGIE GENERALE</td> <td>02</td> <td>CHIRURGIE GENERALE FEMME</td> </tr> </table>				Service	Nom du service	Unité	Nom de l'unité	SVM009	CHIRURGIE GENERALE	01	CHIRURGIE GENERALE HOMME	SVM009	CHIRURGIE GENERALE	02	CHIRURGIE GENERALE FEMME																																																												
Service	Nom du service	Unité	Nom de l'unité																																																																								
SVM009	CHIRURGIE GENERALE	01	CHIRURGIE GENERALE HOMME																																																																								
SVM009	CHIRURGIE GENERALE	02	CHIRURGIE GENERALE FEMME																																																																								
<div style="text-align: right;"> <input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Additionner"/> </div>																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Spécialité</th> <th>Désignation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>► 11</td> <td>CHIRURGIE GENERALE</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>CHIRURGIE INFANTILE</td> </tr> </tbody> </table>				Spécialité	Désignation	► 11	CHIRURGIE GENERALE	19	CHIRURGIE INFANTILE																																																																		
Spécialité	Désignation																																																																										
► 11	CHIRURGIE GENERALE																																																																										
19	CHIRURGIE INFANTILE																																																																										
<div style="text-align: right;"> <input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Additionner"/> </div>																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Désignation</th> <th>Type</th> <th>U.O.</th> <th>Nb lits</th> <th>Fonction</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>REANIMATION</td> <td>P.</td> <td>AMI</td> <td>9</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>► 04</td> <td>CHIRURGIE Generale</td> <td>P.</td> <td>JH</td> <td>29</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>GENYCOLOGIE OBSTETRIQUE</td> <td>P.</td> <td>JH</td> <td>18</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>OHTAMOLOGIE</td> <td>P.</td> <td>JH</td> <td>5</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>ORL</td> <td>P.</td> <td>JH</td> <td>5</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>MEDECINE INTERNE</td> <td>P.</td> <td>JH</td> <td>24</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>34</td> <td>PEDIATERIE</td> <td>P.</td> <td>JH</td> <td>20</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>53</td> <td>PUMC</td> <td>P.</td> <td>C</td> <td>0</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>55</td> <td>STOMATOLOGIE</td> <td>P.</td> <td>D</td> <td>0</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>57</td> <td>HEMODIALYSE</td> <td>P.</td> <td>SNC</td> <td>4</td> <td>Clinique</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>RADIOLOGIE</td> <td>AUX</td> <td>R</td> <td>0</td> <td>Médico-technique</td> </tr> </tbody> </table>				No	Désignation	Type	U.O.	Nb lits	Fonction	01	REANIMATION	P.	AMI	9	Clinique	► 04	CHIRURGIE Generale	P.	JH	29	Clinique	09	GENYCOLOGIE OBSTETRIQUE	P.	JH	18	Clinique	12	OHTAMOLOGIE	P.	JH	5	Clinique	13	ORL	P.	JH	5	Clinique	29	MEDECINE INTERNE	P.	JH	24	Clinique	34	PEDIATERIE	P.	JH	20	Clinique	53	PUMC	P.	C	0	Clinique	55	STOMATOLOGIE	P.	D	0	Clinique	57	HEMODIALYSE	P.	SNC	4	Clinique	60	RADIOLOGIE	AUX	R	0	Médico-technique
No	Désignation	Type	U.O.	Nb lits	Fonction																																																																						
01	REANIMATION	P.	AMI	9	Clinique																																																																						
► 04	CHIRURGIE Generale	P.	JH	29	Clinique																																																																						
09	GENYCOLOGIE OBSTETRIQUE	P.	JH	18	Clinique																																																																						
12	OHTAMOLOGIE	P.	JH	5	Clinique																																																																						
13	ORL	P.	JH	5	Clinique																																																																						
29	MEDECINE INTERNE	P.	JH	24	Clinique																																																																						
34	PEDIATERIE	P.	JH	20	Clinique																																																																						
53	PUMC	P.	C	0	Clinique																																																																						
55	STOMATOLOGIE	P.	D	0	Clinique																																																																						
57	HEMODIALYSE	P.	SNC	4	Clinique																																																																						
60	RADIOLOGIE	AUX	R	0	Médico-technique																																																																						
<div style="text-align: right;"> <input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Additionner"/> </div>																																																																											
<table border="1"> <tr> <td>20</td> <td>Etat</td> <td> <input checked="" type="radio"/> Toutes <input type="radio"/> Ouvertes <input type="radio"/> Non ouvertes </td> <td> <input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Mettre à jour"/> <input type="button" value="Additionner"/> <input type="button" value="Quitter"/> </td> </tr> </table>				20	Etat	<input checked="" type="radio"/> Toutes <input type="radio"/> Ouvertes <input type="radio"/> Non ouvertes	<input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Mettre à jour"/> <input type="button" value="Additionner"/> <input type="button" value="Quitter"/>																																																																				
20	Etat	<input checked="" type="radio"/> Toutes <input type="radio"/> Ouvertes <input type="radio"/> Non ouvertes	<input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Mettre à jour"/> <input type="button" value="Additionner"/> <input type="button" value="Quitter"/>																																																																								

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 4 : Les classes de charge

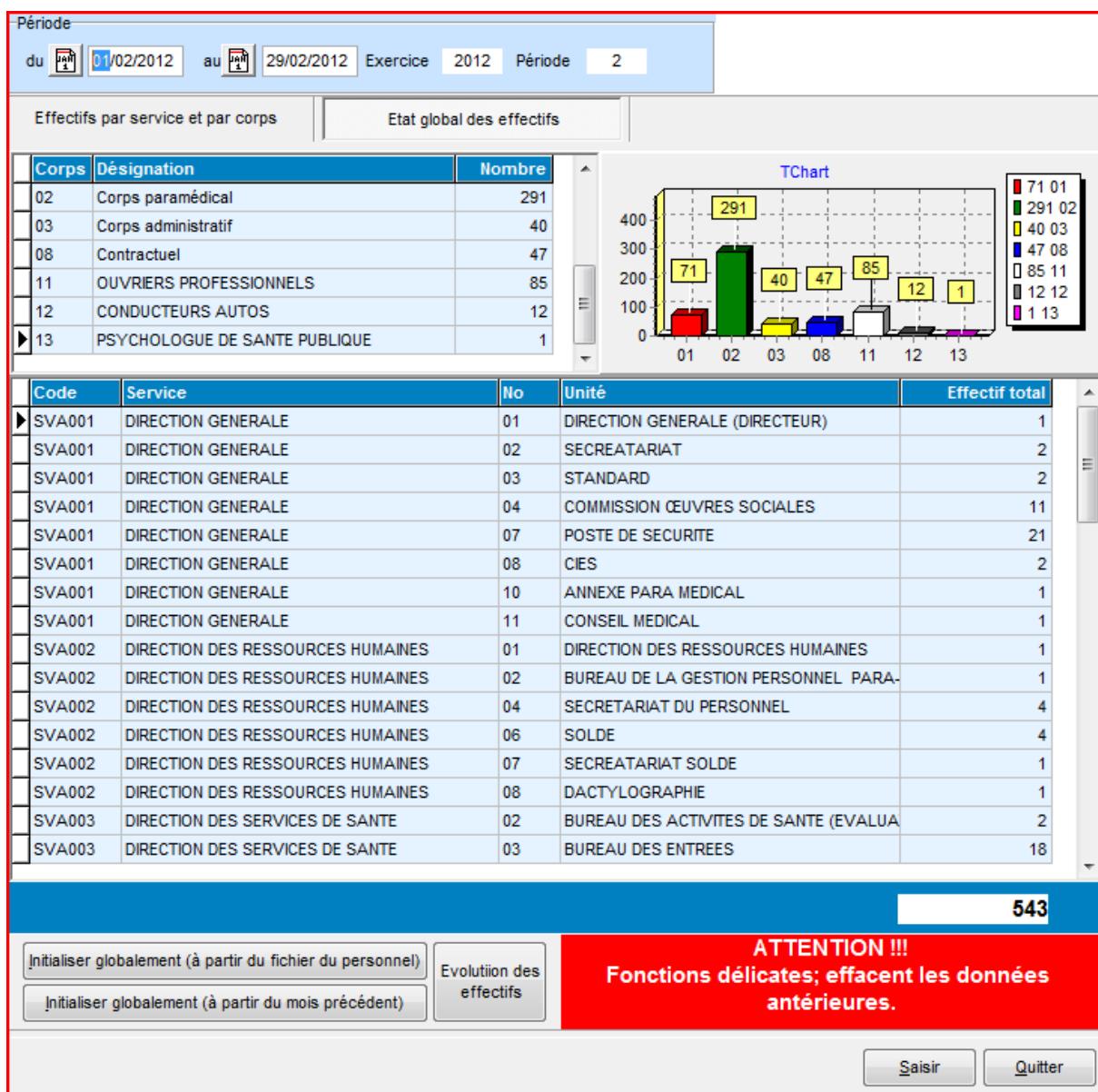
No	De	Compte	Au	Compte
► 1	6311.01	Traitemet du personnel médical	63807	Frais d'inscription et de scolarité (étranger)

Classe	Intitulé
► 1	Personnel
2	Pharmaceutique
3	Alimentation
4	Autres stocks
5	Autres Achats
6	Amortissement
7	Autres charges

Classe	Intitulé	Type de charge	Mode de répartition	Journal
1	Personnel	Directe	Prorata charges directes	Charge de personnel

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 5 : La saisie des données variables



Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 6 : La consommation alimentaire

Période									
Exercice	2012	Période	◀	◀	▶	▶	2	février	du 01/02/2012 au 29/02/2012
Charges alimentaires de la période			Nombre total de repas		Coût moyen du repas				
			859 709.30		11212		76.68		
Consommation de repas	Consommation par article	Etat annuel							
Code	Service	Unité	Unité	J, hospitalisation	Malades	Garde-malades	Per. garde	Autres	
SVA00	DIRECTION GENERALE	01	DIRECTION GENERALE (DIRECT)				72		
SVM00	MEDECINE INTERNE	01	HOSPITALISATION HOMMES	714	1 704	270			
SVM00	MEDECINE INTERNE	02	HOSPITALISATION FEMMES	515	1 760	352			
SVM00	MEDECINE INTERNE	03	HEMODIALYSE		728				
SVM00	CHIRURGIE GENERALE	01	HOSPITALISATION HOMMES	468	926	196			
SVM00	CHIRURGIE GENERALE	02	HOSPITALISATION FEMMES	434	978	284			
SVM00	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	01	GYNECOLOGIE	442	998				
SVM00	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	02	OBSTETRIQUE	425	814				
SVM00	PEDIATRIE	01	PEDIATRIE	243	564	158			
SVM00	PEDIATRIE	02	NEONATOLOGIE	82	238	4			
SVM00	LABORATOIRE CENTRAL	01	LABORATOIRE CENTRAL					22	
SVM00	URGENCES MEDICO CHIRURG	01	URGENCES MEDICALES	300	506	18	400		
SVM00	URGENCES MEDICO CHIRURG	02	URGENCES CHIRURGICALES	60	40		180		

Annexe N° 7 : Admissions et hospitalisations

Capacité en lits	Nombre d'admissions	Journées d'hospitalisation	Durée moyenne du séjour	Taux d'occupation moyen			
232	935	3683	3.94	54.74%			
Période							
Exercice 2012 Période [< < > >] 2 février du 01/02/2012 au 29/02/2012							
Nouvelle saisie							
No	Code	Service	Unité	Unité	Nb lits	Admissions	J. hospitalisation
1	SVM001	MEDECINE INTERNE	01	HOSPITALISATION HOMMES	30	97	714
2	SVM001	MEDECINE INTERNE	02	HOSPITALISATION FEMMES	30	80	515
3	SVM001	MEDECINE INTERNE	03	HEMODIALYSE	14	0	0
4	SVM002	CHIRURGIE GENERALE	01	HOSPITALISATION HOMMES	25	80	468
5	SVM002	CHIRURGIE GENERALE	02	HOSPITALISATION FEMMES	25	89	434
6	SVM003	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	01	GYNECOLOGIE	25	103	442
7	SVM003	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	02	OBSTETRIQUE	25	186	425
8	SVM004	PEDIATRIE	01	PEDIATRIE	30	55	243
9	SVM004	PEDIATRIE	02	NEONATOLOGIE	8	18	82
10	SVM009	URGENCES MEDICO CHIRURGICALES	01	URGENCES MEDICALES	10	158	300
11	SVM009	URGENCES MEDICO CHIRURGICALES	02	URGENCES CHIRURGICALES	10	69	60

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 8: La production des services médico-techniques

Période		Section		U.O.	49
Exercice	2012	Période	août		
Nouvelle saisie					
NO	ACTE	U.O.	Cotation	BUREAU DES ENTREES	
1	ACIDE URIQUE	B	11	28	
2	ALBUMINE	B	31	23	
3	AMILYSE	B	1		
4	AMYLASEMIE	B	31		
5	BILIRUBINE DIRECTE	B	41		73
6	BILIRUBINE TOTALE	B	41		73
7	CALCÉMIE	B	21		
8	CALCIUM	B	21		183
9	CHIMIE URINAIRE	B	31		67
10	CHLORE CL	B	1		147
11	CHOLESTEROL	B	31		360
12	CLEARANCE CRÉATININE	B	1		
13	CREATININE	B	11		957
14	CRP	B	41		220
15	FER SÉRIQUE	B	31		9
16	FERRITINE	B	111		
17	GAMMA GT	B	71		21
18	GLUCORRACHIE	B	1		
19	GLUCOSE URINAIRE RECHERCHE	B	61		
20	GLYCEMIE	B	11		1280
21	GLYCÉMIE LCR	B	31		
22	HDL CHOLESTEROL	B	41		
23	HÉMOGLOBINE GLYQUÉ	B	1		
24	IONOGRAMME SANGUIN	B	61		
25	IONOGRAMME NA++	B	31		
26	IONOGRAMME URINAIRE	B	1		
27	K+	B	35		149

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Période		Section		U.O.	49		
Exercice	2012	Période	du 01/08/2012 au 31/08/2012	12 LABORATOIRE			
Activités de la section		Actes de la section					
No	Service	Actes	Nbre UO	Actes	Cotation	Nbre d'UO	
► 14	BUREAU DES ENTREES	5 772	111 616	► ACIDE URIQUE	28	11	308
				ALBUMINE	23	31	713
				BILIRUBINE DIRECTE	73	41	2993
				BILIRUBINE TOTALE	73	41	2993
				CALCIUM	183	21	3843
				CHIMIE URINAIRE	67	31	2077
				CHLORE C L	147	1	147
				CHOLESTEROL	380	31	11160
				CREATININE	957	11	10527
				CRP	220	41	9020
				FER SIRIQUE	9	31	279
				GAMMA GT	21	71	1491
				GLYCEMIE	1280	11	14080
				K +	149	35	5215
				LEUCOCYTES	36	1	36
				LIPASE	2	1	2
				NA +	149	35	5215
				NITRITES	35	1	35
				PHOSPHATASE ALCALINE	22	25	550
				PHOSPHORE	51	25	1275
				PIGMENT BILIAIRE	1	1	1
				PROTEINES TOTAUX	31	111	3441
				T G O (ASAT)	233	45	10485
				T G P (ALAT)	232	45	10440
				TRIGLYCERIDE	302	11	3322
				UREE	1088	11	11968
		5 772	111 616				

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 9 : La production des services médicaux

Période		Exercice 2012 Période [◀◀◀◀◀] [▶▶▶▶▶] août		du 01/08/2012 au 31/08/2012		Section [◀◀◀◀◀] [▶▶▶▶▶] 01 CHIRURGIE GENERALE	69
Services et spécialités		Liste des actes		Production de la section			
No	Section	Acte	Désignation	Cotation	Quantité		
14	BUREAU DES ENTREES	7079010004	PERFUSION INTRAVEINEUSE	AMI	195		
08	BUREAU PSYCHOLOGUE	7079010007	SURVEILLANCE ET OBSERVATION D'UN MALADE	AMI	25		
► 01	CHIRURGIE GENERALE	7079010010	CATHÉTERISME URTRAL CHEZ LA FEMME	AMI	2		
05	HEMODIALYSE	7079010012	INJECTION INTRAVEINEUSE EN SIRIE	AMI	173		
03	MATERNITE	7079010013	PRÉLÈVEMENT DU SANG MULTIPLES	AMI	8		
02	MEDECINE INTERNE	7079010014	INJECTION SOUS-CUTANÉE	AMI	2		
09	SURVEILLANCE	7079010022	ALIMENTATION PAR SONDE	AMI	10		
04	URGENCES MEDICALES	7079010024	CHANGEMENT DE PANSEMENT CHIRURGICAL	AMI	2		
		7079010025	INJECTION INTRAVEINEUSE ISOLEE	AMI	94		
		7079010026	INJECTION INTRA MUSCULAIRE	AMI	8		
		7079010029	POSE DE SONDE URNAIRE	AMI	2		
		7079010033	INSTALLATION D'UNE PERfusion OU TRANSFUSION (VOIE D'ABORD IN	AMI	42		
		7079010035	PRÉLÈVEMENT SANGUIN	AMI	8		
		7079010037	PRISE DE TEMPÉRATURE	AMI	5		
		7079010038	PRISE DE TENTION ARTICRIELLE	AMI	3600		
Numéro	Spécialité						
11	CHIRURGIE GENERALE						
12	CHIRURGIE THORACIQUE						
13	NEUROCHIRURGIE						
► 14	TRAUMATO-ORTHOPÉDIE						
17	CHIRURGIE PLASTIQUE						
18	CHIRURGIE VISCERALE						
19	CHIRURGIE INFANTILE						

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 10 : la repartitions des charges

Tableau de répartition des charges									Graphe des charges	
TYPE	Centre de responsabilité	Personne	Pharmaceutique	Alimentation	Autres stocks	Autres Achats	Amortissement	Autres charges	TOTAL	
PRINC	CHIRURGIE GENERALE									
PRINC	CHIRURGIE INFANTILE									
PRINC	GENYCOLOGIE									
PRINC	MATERNITE									
PRINC	MEDECINE INTERNE									
PRINC	NEONATOLOGIE									
PRINC	PEDIATERIE									
PRINC	PUMC									
PRINC	STOMATOLOGIE									
PRINC	HEMODIALYSE									
	SOUS-TOTAL									
AUXIL	RADIOLOGIE (IMAGERIE)									
AUXIL	BLOC OPERATOIRE									
AUXIL	EXPLORATION FONCTIONNEL									
AUXIL	LABORATOIRE									
AUXIL	ADMINISTRATION									
AUXIL	DIRECTION DES SERVICES ECC									
AUXIL	DSS									
AUXIL	PHARMACIE CENTRALE									
	SOUS-TOTAL									
	TOTAL									

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 11 : Calcul de la table de réparation

Tableau de répartition des charges		Graphe des charges							
TYPE	Centre de responsabilité	Personne	Pharmaceutique	Alimentation	Autres stocks	Autres Achats	Amortissement	Autres charges	TOTAL
PRINC	CHIRURGIE GENERALE	1 958 990.40	485 983.42		23 792.86				2 468 766.68
PRINC	CHIRURGIE INFANTILE								
PRINC	GENYCOLOGIE	1 647 638.62	328 236.86		27 500.54				2 003 376.02
PRINC	MATERNITE	1 608 498.83	267 906.49		55 757.00				1 932 162.32
PRINC	MEDECINE INTERNE	2 969 609.48	718 912.30	3 552.64	54 105.70				3 746 180.12
PRINC	NEONATOLOGIE	1 393 480.94	105 248.87		3 710.74				1 502 440.55
PRINC	PEDIATERIE	1 733 663.87	138 407.19		45 962.08				1 918 033.14
PRINC	PUMC	5 019 409.82	1 287 551.54		50 796.49				6 357 757.85
PRINC	STOMATOLOGIE	381 236.51			1 757.96				382 994.47
PRINC	HEMODIALYSE	1 510 251.13	2 715 617.78		84 441.42				4 310 310.33
	SOUS-TOTAL	18 222 779.60	6 047 864.45	3 552.64	347 824.79				24 622 021.48
AUXIL	RADIOLOGIE (IMAGERIE)	662 944.48	114 460.03		3 160.83				780 565.34
AUXIL	BLOC OPERATOIRE	3 791 370.15	893 988.18		43 424.80				4 728 783.13
AUXIL	EXPLORATION FONCTIONNEL								
AUXIL	LABORATOIRE	1 735 577.66	298 596.31		10 796.22				2 044 970.19
AUXIL	ADMINISTRATION	2 357 522.67			30 592.25				2 388 114.92
AUXIL	DIRECTION DES SERVICES ECC	868 484.57		853 381.36	104 344.11				1 826 210.04
AUXIL	DSS	1 721 477.35			57 131.80				1 778 609.15
AUXIL	PHARMACIE CENTRALE	490 893.98							490 893.98
	SOUS-TOTAL	11 628 270.86	1 307 044.52	853 381.36	249 450.01				14 038 146.75
	TOTAL	29 851 050.46	7 354 908.97	856 934.00	597 274.80				38 660 168.23

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Tableau de répartition des charges		Graphe des charges							
TYPE	Centre de responsabilité	Personne	Pharmaceutique	Alimentation	Autres stocks	Autres Achats	Amortissement	Autres charges	TOTAL
PRINC	CHIRURGIE GENERALE	3 209 056.04	591 012.55	181 453.90	40 856.41				4 022 378.90
PRINC	CHIRURGIE INFANTILE								
PRINC	GENYCOLOGIE	2 699 025.32	399 174.32	75 960.99	47 223.15				3 221 383.78
PRINC	MATERNITE	2 634 909.76	325 805.56	61 956.16	95 744.34				3 118 415.82
PRINC	MEDECINE INTERNE	4 864 568.66	874 281.25	321 705.87	92 908.76				6 153 464.54
PRINC	NEONATOLOGIE	2 282 685.23	127 994.91	18 419.40	6 371.98				2 435 471.52
PRINC	PEDIATERIE	2 839 944.78	168 319.30	54 953.74	78 924.79				3 142 142.61
PRINC	PUMC	8 222 382.07	1 565 812.94	87 073.52	87 226.28				9 962 494.81
PRINC	STOMATOLOGIE	624 510.11			3 018.73				627 528.84
PRINC	HEMODIALYSE	2 473 968.49	3 302 508.14	55 410.42	145 000.36				5 976 887.41
	SOUS-TOTAL	29 851 050.46	7 354 908.97	856 934.00	597 274.80				38 660 168.23
AUXIL	RADIOLOGIE (IMAGERIE)								
AUXIL	BLOC OPERATOIRE								
AUXIL	EXPLORATION FONCTIONNEL								
AUXIL	LABORATOIRE								
AUXIL	ADMINISTRATION								
AUXIL	DIRECTION DES SERVICES ECC								
AUXIL	DSS								
AUXIL	PHARMACIE CENTRALE								
	SOUS-TOTAL								
	TOTAL	29 851 050.46	7 354 908.97	856 934.00	597 274.80				38 660 168.23

Source : projet 3 COH : « *Guide de l'utilisateur* », Algérie, 2010.

Annexe N° 12 : Les résultats analytiques

Année 2012												
No	Centre de responsabilité	U.O.	Paramètre	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Ju	Ju	Aou	
1	CHIRURGIE GENERALE	K	VALEUR	3 033 368.40	2 798 860.58	24 135 084.67	4 562 256.71	3 705 099.58	3 387 291.72	632 230.10		
			QTE	1162	902	955	980	824	1027	815		
			COUT U.	2 610.47	3 102.95	25 272.34	4 655.36	4 496.48	3 298.24	775.74		
2	GENYCOLOGIE	K	VALEUR	2 022 865.46	2 188 588.97	19 684 205.50	2 917 960.52	2 629 174.16	2 232 506.13	669 417.46		
			QTE	544	442	357	379	460	396	370		
			COUT U.	3 718.50	4 951.56	55 137.83	7 699.10	5 715.60	5 637.64	1 809.24		
3	MATERNITE	K	VALEUR	2 010 449.81	2 108 113.15	17 985 975.05	2 959 501.63	2 080 537.07	2 113 996.49	303 356.47		
			QTE	313	425	277	389	381	353	409		
			COUT U.	6 423.16	4 960.27	64 931.32	7 607.97	5 460.73	5 988.66	741.70		
4	MEDECINE INTERNE	JH	VALEUR	3 890 777.86	4 325 670.46	36 092 719.78	6 182 265.26	7 662 878.17	5 134 658.48	1 023 455.74		
			QTE	1194	1229	1004	925	1022	887	944		
			COUT U.	3 258.61	3 519.67	35 948.92	6 683.53	7 497.92	5 788.79	1 084.17		
5	NEONATOLOGIE	JH	VALEUR	1 583 355.94	1 561 082.93	16 401 068.00	2 256 611.01	1 626 095.68	1 600 079.15	100 343.46		
			QTE	106	82	115	143	204	216	255		
			COUT U.	14 937.32	19 037.60	142 617.98	15 780.50	7 971.06	7 407.77	393.50		
6	PEDIATERIE	JH	VALEUR	1 922 327.42	2 050 921.16	20 666 608.49	2 826 647.24	2 093 189.46	2 103 343.02	258 875.88		
			QTE	479	243	243	193	272	258	347		
			COUT U.	4 013.21	8 440.00	85 047.77	14 645.84	7 695.55	8 152.49	746.04		
7	PUMC	C	VALEUR	6 638 634.69	18 450 691.27	146 348 761.17	26 121 651.65	18 182 198.93	18 119 377.09	3 732 137.53		
			QTE	239	360	280	507	217	231	209		
			COUT U.	27 776.71	51 251.92	522 674.15	51 522.00	83 788.94	78 438.86	17 857.12		
8	STOMATOLOGIE	D	VALEUR	425 655.28	387 006.07	4 510 936.39	520 739.99	393 008.68	426 589.02	2 401.36		
			QTE	3941	1810	3708	4308	1029	3573	3535		
			COUT U.	108.01	213.82	1 216.54	120.88	381.93	119.39	0.68		
9	HEMODIALYSE	SNC	VALEUR	5 043 055.62	5 067 963.21	21 124 162.29	6 590 132.74	3 345 086.24	5 405 385.58	3 197 126.72		
			QTE	708	685	664	663	685	643	699		
				VALEUR	26 570 490.48	38 938 897.80	306 949 521.34	54 937 766.75	41 717 267.97	40 523 226.68	9 919 344.72	

Source : projet 3 COH : « Guide de l'utilisateur », Algérie, 2010.

LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS

TABLEAUX :

Tableau N° 01: Evolution des dépenses de santé en Algérie.....	13
Tableau N° 02 : Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement en Algérie (en dinars courant).....	14
Tableau N° 03 : Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement en Algérie (en dinars constants) : budget de fonctionnement.....	15
Tableau N° 04 : Les sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé.....	17
Tableau N° 05 : Sections principales et sections auxiliaires en milieu hospitalier.....	47
Tableau N° 06 : Les modules utilisés pour prendre en charge des différentes transactions.....	68
Tableau N° 07 : les modules du système 3COH.....	74
Tableau N° 08 : la liste des sections principales et auxiliaires du CHU de Bejaïa.....	108
Tableau N° 09 : Repartitions de l'effectif par corps et par le service maternité.....	110
Tableau N° 10 : L'état de la consommation pharmaceutique par le service maternité.....	111
Tableau N° 11 : L'état de sortie de cinq produits de fourniture du mois de janvier.....	112
Tableau N° 12 : les charges d'entretien et maintenance.....	112
Tableau N°13 : Activité des services d'hospitalisation.....	113
Tableau N°14 : Activité du laboratoire.....	115

SCHEMAS :

Schéma N° 01 : le système intégré de gestion (SIG).....	63
Schéma N° 02 : la saisie d'une transaction par le système 3COH.....	66
Schéma N° 03 : les transactions sont prises en charge par des modules spécialisés.....	66
Schéma N° 04 : les journaux des transactions de même nature.....	69
Schéma N° 05 : Les étapes de la situation de départ.....	78
Schéma N° 06 : Les différentes phases de la vie d'une transaction.....	80
Schéma N° 07: Organigramme du CHU de Bejaïa.....	96

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

1. ALAZARD Claude et SEPARI sabine : « *Contrôle de gestion* », Edition Dunod, 4éme Edition, Paris. 1998.
2. ALAZARD Claude et SEPARI Sabine ; « *contrôle de gestion* » DECF, 5 éditions, Dunod ; page : 591.
3. BARON. P et D. CORFMAT et A. Helle : « *La mutation du contrôle de gestion* », Organisation, Paris, 2000, p.119.
4. CHERIET. F : « *Essai de détermination des coûts en milieu hospitalier : cas de l'hospitalisation pour accouchement simple dans les maternités de Targa Ouzemmour et Aokas dans la wilaya de Béjaïa* ». In : Transition et système de santé en Algérie, édition CREAD. 2009. p 4, 5. 133, 135
5. HONORE. B et SAMSON. G : « *La démarche de projet dans les établissements de santé* », Privat, France, page 18. Samson G. (sous la dir.), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat. 1994.
6. LETEURTRE. H et PATRELLE. I et QUARANTA. J. F et RONZIERE. N : « *La qualité hospitalière* », 2ème édition, coll. Audit hôpital, Berger-Levrault. 1999.
7. OUFRIHA F.Z. (2002) : « *Système de santé et population en Algérie* », édition ANEP, Alger. p107.
8. OUFRIHA F.Z. : « *La réforme hospitalière en Algérie : un difficile accouchement* », in : Transition et système de santé en Algérie, édition CREAD, 2009. P. 71.
9. RAVIGNON. L : « *Méthode ABC/ABM, Rentabilité mode d'emploi* », Organisation, Paris, 2003, p. 264.

ARTICLES, COMMUNICATIONS ET TRAVAUX UNIVERSITAIRE

1. ACHOUR N. FIKRI BENBRAHIM. N et GRANGAUD. J.P : « *Algérie, Maroc, Tunisie, monographies nationales*», *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis*

- nationaux et enjeux partagés », études et analyses IPEMED (Institut de Prospectives Economiques du Monde Méditerranéen), Avril 2012.*
2. AEGERTER. P : « *informatique médicale* », document de travail, Université Paris ouest, 1999, p41.
 3. BRAHAMIA B: « *Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé* » OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, op. cit, p 401.
 4. Garmilis AU, Arnaud HERVE, Vignon DOMONIQUE : « *Le contrôle de gestion... en action* », 1992.
 5. GROSJEAN. M. et LACOSTE M : « *Communication et intelligence collective* ». *Le travail à l'hôpital*, Presses Universitaires de France, 1999.
 6. KAÏD TLILANE N : « *La problématique du financement des soins en Algérie* », revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57, Editions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004.
 7. LELEU. H et DERVAUX. B : « *Comparaison des différentes mesures d'efficacité technique : une application aux centres hospitaliers français* », Revue économie et prévision, numéro spécial : nouvelles approches microéconomiques de la santé N°129/130, 3/4, JUILLET-SEPTEMBRE 1997.
 8. OUFRIHA. F. Z : « *La difficile structuration du système de santé en Algérie, quels résultats ?* », In : cahiers du CREAD, n°35-36, 3ème et 4 ème trimestre, 1993, p. 7-58.
 9. ROCHAIX. L (1997) : « *Asymétries d'information et incertitude en santé : Les apports de la théorie des contrats* », Revue économie et prévision, Numéro spécial : nouvelles approches microéconomiques de la santé, N° 129/130. 3/4. JUILLET-SEPTEMBRE 1997.
 10. ROUACH Michel et NAULLEAU Gérard : « *Contrôle de gestion bancaire et financier* », 1998.
 11. SNOUSSI Zoulikha et ZOUANTI Mohamed : « *l'explosion des dépenses de santé en Algérie : déterminer les raisons pour contenir le problème* », Algérie ; cinquante d'expériences de développement Etat-Economie-Société, 2012.
 12. STACCINI. P : « *Systèmes d'information hospitaliers (S.I.H)* », Université Nice-Sophia Antipolis, France, 2007.

13. ZIANI Lila et ACHOUCHE Mohamed : « *Analyse des dépenses de santé en Algérie* », Colloque International - Algérie : Cinquante ans d'expériences de développement Etat - Economie-Société.
14. ZIANI Lila et ZIANI Farida : « *Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie* », Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales, Université Abderrahmane MIRA de Béjaïa.

MEMOIRES ET THESES

1. AMADOU Sow : « *évaluation du contrôle de gestion en milieu hospitalier : Cas de l'hôpital général de Grand-Yoff* », diplôme d'études supérieures spécialisées (d.e.s.s.), option : gestion hospitalière, 15eme promotion, octobre 2005.
2. AMALOU. M : « *Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital : cas du CHU de Sétif* », mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia, 2009.
3. BERENGER Aymar Dansou : « *Analyse budgétaire d'une formation sanitaire publique au Benin: cas de l'Hôpital de Zone de Pobè* », en sciences de gestion, Dans la catégorie: Economie et Finance, Université de Parakou Bénin - Maà®trise, 2011.
4. CHERIET. F : « *Essai d'évaluation des effets de l'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas de la wilaya de Bejaia* », Université de Bejaia, 2001.
5. KAÏD TLILANE N : « *Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia* », Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques. Université d'Alger, 2003.
6. MERZOUK. S : « *Analyse du système d'information hospitalier dans la perspective d'un passage à une tarification à l'activité : cas du CHU de Bejaia* », Mémoire de Master en Economie de la santé, département de sciences économiques, Université de Bejaia, 2011.
7. ZIRI. G et SEDDIKI. H : « *Analyse des coûts de l'activité hospitalière* », mémoire de licence en sciences de gestion, Université de Bejaia, 2003 P.08.

RAPPORTS ET DOCUMENTS OFFICIELS

1. A.M.U.E : « *Mise en place d'une comptabilité analytique au sein des E.P.S.C.P : recueil des fiches techniques et méthodologiques* », Paris, 2006, p.67.
2. Document fournie par la sous direction de la formation et de la documentation du CHU de Bejaia.
3. Donnée de la direction générale de la CNAS.
4. La Banque mondiale : « *A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie* », Banque mondiale rapport n°36270_DZ, volume 1, août 2007, p. 172.
5. la Banque Mondiale : « *République Algérienne Démocratique et Populaire: A la recherche d'un investissement public de qualité; Une Revue des dépenses publiques* », Volume I, Groupe pour le Développement socioéconomique, Région Moyen Orient et Afrique du Nord *Rapport N° 36270 – DZ*, 2007, p. 162.
6. Ministère des finances : Le comportement des principaux indicateurs macroéconomiques et financiers, ministère des finances, Alger, avril 2008, P. 12.
7. Ministère du Travail De l'Emploi et de la Sécurité Sociale : « *Présentation des réformes en cours en Algérie en Matière d'assurance maladie* », 2011, p. 18-19.
8. MSPRH : « Mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé », les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas, Décembre, 2003.
9. Office de la formation professionnelle et de la promotion du travail, direction recherche et ingénierie de formation : « *la gestion budgétaire* », spécialité : gestion des entreprises, janvier 2005, p. 09.
10. OMS : « *Hôpitaux Et Santé Pour Tous* », Rapport Technique N°744, Genève, 2011, p 26.
11. Organisation Mondiale de la Santé : « *Algérie, Fiche d'information des Statistiques sanitaires* », 2010.
12. Tricoh (2010) : « *Plan comptable des hôpitaux* », Algérie.

REGLEMENTATION

1. DECRETS

1. Décret exécutif N°07-140du 02 Jounada 1428 correspondant au 19 mai 2007 pourtant création, organisation et fonctionnement des EPH et des EPSP.
2. Décret n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire.
3. Décret exécutif n° 81-242 du 05/09/1981, article 9 relatif à l'organisation administrative.
4. Décret 92-276 portant le code de déontologie algérien, article 145.

2. ARRETES

1. Arrêté royal du 19Aout 1998 fixant le maximum de l'indemnité d'apprentissage applicable aux apprentis dont le contrat d'apprentissage de professions exercées des travailleurs salariés (M.B .05.09.1998).
2. Arrêté interministériel n°133/MSP/ du 21/12/1995 en application de l'article 95 de la loi n°83-11 du 02/07/1983, fixe le relatif de référence de remboursement et les conditions de prise en charge des produits pharmaceutique par la sécurité sociale.

SITES INTERNET

1. <http://www.andrs-dz.org>
2. <http://www.santemaghreb.com>
3. www.Algerie-Monde.com
4. www.avenirdelasante.fr
5. www.l'abcal'hôpital.pdf
6. www.oit.org/public/Frunch/region/afpro/algiers
7. www.ons.dz
8. www.who.int
9. www.andi.dz
10. www.mf.gov.dz
11. www.site3coh.net.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE-----	1
CHAPITRE I : GENERALITE SUR L'ETAT DE LA GESTION HOSPITALIERE	
INTRODUCTION	
1. PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE -----	4
1. Présentation et missions de l'hôpital-----	5
1.1. Présentation de l'hôpital-----	5
1.1.1. Définition d'un Établissement de Santé -----	5
1.1.2. Historique de l'hôpital-----	6
1.1.3. Classification des établissements de santé-----	6
1.2. Missions de l'hôpital -----	7
1.2.1. Les soins directs aux patients-----	8
1.2.2. La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé-----	8
1.2.3. La formation et l'encadrement de la personne -----	8
1.2.4. Le Soutien administratif et gestionnaire -----	8
2. Fonctionnement et gestion d'un hôpital public-----	8
2.1. Les organes de décisions de l'établissement public de santé -----	9
2.1.1. Le Conseil d'Administration-----	9
2.1.2. Le directeur -----	9
2.1.3. Le conseil médical -----	9
2.2. Le regroupement des services, des départements et des unités fonctionnelles -----	9
2.2.1. L'unité fonctionnelle -----	9
2.2.2. Le service de soins infirmier -----	10
2.3. Les instances consultatives de l'établissement public de santé-----	10
2.3.1. La commission médicale d'établissement (C.M.E.) -----	10
2.3.2. Le comité technique d'établissement-----	10
2.4. Les instances consultatives spécialisées -----	10
2.4.1. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales-----	11
2.4.2. Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Condition de Travail-----	11

I. DEPENSES ET MECANISMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE -----	11
1. Evolution des dépenses de santé en Algérie -----	12
1.1. Les dépenses nationales de santé-----	12
1.1.1. Evolution du budget de fonctionnement des établissements sanitaires publics-----	13
2. Les mécanismes de financement de la santé-----	16
2.1. Les sources de financement de la santé -----	16
2.2. Répartition des dépenses de santé en Algérie -----	18
3. Les facteurs explicatifs de la croissance des dépenses de santé en Algérie -----	20
3.1. Les facteurs de la demande -----	20
3.1.1. La transition épidémiologique -----	20
3.1.2. La transition démographique -----	21
3.1.3. La transition socioéconomique-----	21
3.2. Les facteurs de l'offre -----	22
3.2.1. L'extension de la couverture sociale -----	22
3.2.2. Progrès de la médecine et de la technologie des Soins -----	22
3.2.3. Ajustement de la rémunération du personnel médical et l'augmentation de l'effectif médical-----	23
3.2.4. Les pratiques professionnelles -----	23
3.2.5. Extension de l'offre de soins -----	23
4. Les outils (les mesures) de maîtrise des dépenses de santé en Algérie -----	24
4.1. Les mesures de maîtrise en milieu hospitalier -----	24
4.1.1. Développer la chirurgie ambulatoire sans hébergement-----	24
4.1.2. Diminuer les frais de prise en charge des malades transférés vers l'étranger -----	25
4.2. La maîtrise de l'évolution des dépenses de ville-----	25
4.2.1. Le renforcement du contrôle médical -----	25
4.2.2. Maîtriser les prescriptions des médecins par les Références Médicales Opposables --	25
4.2.3. Le médecin traitant -----	26
4.2.4. La nouvelle carte sanitaire -----	26
4.2.5. Contrôle des arrêts de travail -----	27
4.3. La limitation des dépenses pharmaceutique et celles de l'assurance maladie -----	27

4.3.1. Réduire le prix des médicaments génériques -----	27
4.3.2. Augmentation du taux de ticket modérateur -----	27
4.3.3. L'encouragement de la prescription des médicaments génériques -----	28
4.3.4. L'encouragement de la consommation des médicaments génériques -----	28
4.3.5. L'encouragement de l'industrie locale des génériques -----	29
4.3.6. Le déremboursement des médicaments-----	30
4.3.7. La procédure KIWI -----	31
4.3.8. La mise en place de la contractualisation-----	31
III.SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER -----	32
1. Les objectifs du Système d'information hospitalier -----	32
2. Contenu du système d'information hospitalier-----	33
3. Conditions de la réussite d'un système d'information hospitalier-----	34
3.1. Les conditions de réussite d'un SIH -----	35
3.2. Elaboration du plan de communication -----	35
3.3. Élaboration du plan de formation -----	35
3.4. Elaboration de la documentation-----	36
4. Système d'information du CHU de Béjaïa-----	36
IV.CONTROLE DE GESTION EN MILIEU HOSPITALIER-----	38
1. Introduction du contrôle de gestion hospitalier -----	38
1.1. Définition et historique du contrôle de gestion -----	38
1.1.1. Définition du contrôle de gestion -----	39
1.1.2. Historique du contrôle de gestion-----	39
1.2. Les risques organisationnels dans un hôpital-----	39
1.2.1. Définition du risque organisationnel -----	40
1.2.2. Les types du risque organisationnel -----	40
1.3. Le contrôle de gestion comme dispositif de maîtrise des risques organisationnels-----	40
1.3.1. Autour de l'activité hospitalière -----	41
1.3.2. Autour des acteurs -----	42
2. Les outils du contrôle de gestion -----	42
2.1. Les outils de formalisation des prévisions -----	42
2.1.1. La planification-----	43

2.1.2. Le budget -----	43
2.1.3. La comptabilité de management -----	45
2.1.3.1. Le calcul des coûts à l'hôpital -----	46
2.1.3.2. Les méthodes de comptabilité analytique appliquée à la santé-----	46
2.2. Les outils d'évaluation et de contrôle des réalisations -----	53
2.2.1. Le système d'information de gestion -----	53
2.2.2. L'évaluation de la performance -----	53
2.2.3. Le tableau de bord de gestion -----	53
2.2.3.1. Le rôle du tableau de bord-----	54
2.2.3.2. Modèle de conception d'un tableau de bord-----	54

CONCLUSION

CHAPITRE II : LA MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE TRIPLE COMPTABILITE HOSPITALIERE

INTRODUCTION

I. GENERALITE SUR TRIPLE COMPTABILITE HOSPITALIERE ----- 57

1. Présentation du mode de fonctionnement des trois comptabilités -----	58
1.1. La comptabilité générale-----	58
1.1.1. L'organisation de la comptabilité générale -----	58
1.1.2. L'apport de la comptabilité générale -----	59
1.2. La comptabilité analytique -----	60
1.2.1. Objectifs et finalité de la comptabilité analytique -----	60
1.2.2. Présentation de la comptabilité analytique en tant que système de gestion interne	61
2. La comptabilité analytique complément de la comptabilité budgétaire-----	61
3. L'intégration de trois comptabilités -----	63
4. Qu'est ce qu'un système intégré de gestion? -----	63

II. ORGANISATION ET PRINCIPE DE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME 3COH ----- 64

1. Fonctions et caractéristiques de base-----	64
2. Présentation des concepts de base -----	65
2.1. Notion de transaction et de module -----	65
2.2. Notion de journal -----	69
2.3. Notion de période et d'exercice-----	69

2.4. Notion de table -----	70
2.5. Classes et comptes -----	71
2.6. Unités de compte-----	72
2.7. Famille et de sous-famille -----	72
3. Définition des rubriques principales et leurs modules -----	73
3.1. Définition des rubriques -----	73
3.2. Présentation des modules -----	74
III.LES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME 3COH -----	76
1. La formation sur le système 3COH-----	76
2. Installation du système 3COH -----	77
3. Paramétrage de base -----	77
4. Importation de la situation de départ -----	78
5. L'enregistrement de l'ensemble des transactions effectuées -----	79
5.1. La collecte des données -----	79
5.2. L'enregistrement des données -----	79
6. L'élaboration des états financiers et du tableau de bord-----	81
IV.FONCTIONNEMENT DES MODULES : CAS DU MODULE COMPTABILITE ANALYTIQUE-----	81
1. Paramétrage préalable -----	81
1.1. Les unités d'œuvre-----	81
1.2. Les actes-----	82
1.3. Les centres de responsabilité-----	83
1.4. Les classes de charge-----	84
2. La saisie des données variables -----	85
2.1. Les effectifs des services -----	86
2.2. La consommation des produits alimentaires (repas)-----	86
2.3. Admissions et hospitalisations-----	86
2.4. La production des services médico-techniques-----	88
2.5. La production des services médicaux-----	88
3. La répartition des charges-----	89
3.1. Principe de la répartition-----	89

3.1.1. Répartition primaire -----	89
3.1.2. Répartition secondaire -----	89
3.2. Calcul de la table de répartition-----	90
4. Les résultats analytiques -----	90
CONCLUSION	
CHAPITRE III : L'EXPERIENCE DE MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE TRIPLE COMPTABILITE HOSPITALIERE AU SIEN DU CHU DE BEJAIA -----	93
INTRODUCTION	
I. PRESENTATION DE L'ORGANISME D'ACCUEIL -----	93
1. Historique du CHU de Béjaïa-----	93
2. Mission du CHU de Béjaïa-----	95
3. Mission des différentes structures du CHU de Bejaïa-----	96
II. PRESENTATION DU SERVICE « CENTRE DE CALCUL » -----	97
1. L'organisation du « centre de calcul »-----	97
2. Les objectifs du « centre de calcul »-----	101
3. Les missions du service « centre de calcul » -----	102
3.1. La collecte des données -----	102
3.1.1. En matière de stocks (module gestion des stocks) -----	102
3.1.2. En matière d'achat -----	103
3.1.3. En matière de BUDGET (module BUDGET) -----	103
3.1.4. En matière de FACTURATION (module FACTURATION REGIE) -----	103
3.1.5. En matière de CONSOMMATION (module CONSOMMATION)-----	103
3.2. L'enregistrement des données-----	104
3.3. Le tableau de bord-----	104
III. EUDE DE CAS : COMPTABILITE ANALYTIQUE -----	105
1. Le choix des objets de coûts -----	106
2. Le découpage du CHU de Bejaïa en centres d'analyse -----	107
3. Le choix des clés de répartition et des unités d'œuvre -----	108
4. La collecte des données-----	109
4.1. Les charges -----	109
4.2. Les activités -----	113

5. La répartition des charges -----	115
IV. LIMITES DU SYSTEME 3COH-----	116
CONCLUSION	
CONCLUSION GENERALE -----	121
ANNEXES -----	123
LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS -----	136
BIBLIOGRAPHIE-----	138
TABLE DES MATIERE -----	143

Résumé

L'hôpital accomplit une mission spécifique ; c'est une organisation qui concourt à la préservation et à l'amélioration de la santé de la population. Rajoutant à cela que l'hôpital public assure une mission d'intérêt général. Les sources de financement de l'hôpital se font de plus en plus rares, et leur utilisation optimale s'impose ; une telle logique implique une démarche d'évaluation des coûts et une mesure de l'efficacité des activités au sein de l'hôpital. La mise en place du système 3COH est l'une des réponses à ce problème de la gestion hospitalière ; il vise notamment à remédier à ce déficit en information de gestion dont souffrent les hôpitaux algériens. L'objectif premier de cette étude est de situer l'impact que peut avoir le nouveau système 3COH sur la gestion des hôpitaux publics.

Pour appuyer nos premiers résultats théoriques, nous avons opté pour un stage pratique effectué au niveau de CHU de Béjaïa. Il nous a permis, dans une première phase, de faire un diagnostic du système de triple comptabilité hospitalière et de comprendre son fonctionnement concret sur le terrain. Puis, dans une deuxième phase, avec des entretiens auprès des usagers (utilisateurs du système), nous avons collecté les données nécessaires pour mieux cerner les insuffisances et les limites du nouveau système.

Les résultats du cas pratique confirment bien l'utilité du système 3COH et son apport potentiel à l'amélioration de la gestion hospitalière. Toutefois, cette étude a démontrée aussi quelques limites concernant la phase de mise en application du système, notamment des insuffisances au niveau de la formation du personnel et des problèmes de configuration du logiciel.

Mots-clés : Hôpital public, Gestion Hospitalière, Système d'Information Hospitalier, Système de contrôle de gestion, Système de triple comptabilité hospitalière, CHU de Béjaïa, Algérie.

INTRODUCTION

GENERALE

CHAPITRE I

*GENERALITES SUR L'ETAT DE LA GESTION
HOSPITALIERE*

CHAPITRE II

*LA MISE EN PLACE DU SYSTEME DE TRIPLE
COMPTABILITE HOSPITALIERE*

CHAPITRE III

*L'EXPÉRIENCE DE MISE EN OEUVRE DU
SYSTEME DE TRIPLE COMPTABILITE
HOSPITALIERE AU SIEN DU CHU DE BEJAIA*

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

CONCLUSION

GENERALE

ORGANIGRAMME DU CHU DE BEJAIA

