REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION

DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUE

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en sciences économiques

Option : Economie de la santé

THEME :

Le nouveau système de la triple comptabilité hospitalière «3COH» Cas pratique CHU Tizi-Ouzou

Présenté par :

Melle: BECHEUR Siham

Melle: BELKACEMI Dehbia

Dirigé par :

Mme : BENMANSOUR KOLLI SONIA

Devant le jury composé de :

Présidente : Mme BELKIS _ANNANE SOUHILA. MA"A". UMMTO

Examinatrice : Mme SI MANSOUR. FARIDA .MC"B". UMMTO

Rapporteur: Mme BENMANSOUR_ KOLLI SONIA. MC"A". UMMTO

Promotion : 2022

Remerciements

On remercie dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu avoir le jour sans l'aide et l'encadrement de Mme BENMANSEUR KOLLI SONIA, on la remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa rigueur et sa disponibilité durant la préparation de ce mémoire.

Qu'il nous soit permis d'exprimer nos remerciements à tous les enseignants et le personnel administratif de la faculté des sciences économique et de gestion de Tizi-Ouzou qui ont enrichir notre carrière universitaire.

Nous exprimons nos sincères reconnaissances et plus vifs remerciements à Mr SALMI Madjid professeur à l'université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, responsable
De notre spécialité, pour ses conseils, ses encouragements et ses orientations.

Notre remerciement s'adresse à Mme DIBOUNE la sous directrice de calcul des coûts et de la documentation au niveau du CHU de T.O, et sa secrétaire pour leurs aides pratiques et leurs soutiens moral et leurs encouragements.

Nous remercions chaleureusement les membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepté d'évaluer notre travail.

Nos profonds remerciements vont également à toutes les personnes qui nous ont aidés et soutenue de près ou de loin principalement à tous le personnel de CHU de Tizi-Ouzou. Enfin, on remercie toutes celles et tous ceux Qui nous a aidé, a titre divers, à vivre cette Expérience riche en renseignements Pratiques et théoriques,
À savoir nos PARENTS.

Dédicace

C'est avec une grande joie que je dédie ce modeste travail à : Mes très chers parents qui m'ont toujours soutenues pendent de langues années d'études et qui je remerciement.

« Que dieu les garde pour long temps et toujours en bonne santé »

A ma très chère grande mère paternelle et mes chères tentes et chers oncles.

A tous Mes chers cousins et cousines surtout Amel et Yasmine à toute ma famille et toutes mes copines Saida, Amel et Hanane.

A tous mes amis qui ont beaucoup aide et soutenu sur tout Lyes, Chakib, Amine, Said, Yamina, Thiziri, Ouardia, Naima.

A tous ceux qui sont proches de mon cœur, que j'aime et dont je n'ai pas cité le nom.

Mon cher binôme : Siham BECHEUR

À toute la promotion 2022

Dehbia

Merci

Dédicace

C'est avec une grande joie que je dédie ce modeste travail à : Mes très chers parents qui m'ont toujours soutenues pendent de langues années d'études et qui je remerciement.

« Que dieu les garde pour long temps et toujours en bonne santé »

A mes très chers grandes mères maternelles et paternelles et mes chères tentes et chers oncles surtout mon oncle Idir.

A tous mes frères Aimad et Aimane et tous Mes chers cousines et cousins à tout ma famille et tous mes copines Samira, Saliha et Hanane, Kahina, Chabha.

A tous mes amis qui ont beaucoup aide et soutenu surtout Naima, Ouardia, Said, Amine, Chakib, Belaid, Hassina, Nouara, Thiziri, Yamina, Nassima, Mohammed.

A tous ceux qui sont proches de mon cœur, que j'aime et dont je n'ai pas cité le nom.

Mon cher binôme : Dehbia BELKACEMI

À toute la promotion Economie de sante 2022

Siham

Merci

Sommaire

Sommaire

Introduction Générale……... 02

CHAPITRE I : CALCUL DES COÛTS PAR LE SYSTEME 3 COH

Introduction……..... 06
Section 01: La description de la méthode de section homogène……..... **07**
Section 02: Aperçu générale sur le système 3 COH…… **19**
Section 03 : L'organisation et fonctionnement du système 3COH…… **29**
Conclusion……..... 40

CHAPITRE II : Adaptation du 3COH dans le système de sante algérien

Introduction…… 42
Section 01: Présentation du système de santé algérien et son évolution… **43**
Section 02: Le financement du système de santé algérien…..... **56**
Section 03 : Evaluation du 3COH dans les établissements publics de santé en Algérie..... **62**
Conclusion…….. 68

CHAPITRE III: Contribution du 3COH sur les pratiques de contrôle de la gestion au sein de CHU Tizi Ouzou

Introduction…… 70
Section 1 : Présentations de l'organisme d'accueils CHU de Tizi-Ouzou.. **71**
Section 2 : L'application de 3 COH au sein de CHU TIZI OUZOU……... **89**
Section 3 : les limites et difficultés du système 3COH……... **101**
Conclusion…….. 104

Conclusion générale……... 106

Liste des abréviations

CR: Centres de responsabilité

UO : Unité d'œuvre

DMS : La durée moyenne de séjour

TO : Taux d'occupation

P.U: Pavillons des urgences

CHU: Centre hospitaliers universitaire

EPH : Etablissement Public Hospitalier

PCN : Plan Comptable National

EPS : Etablissement Public de santé

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité

EHS : Etablissement Publics Spécialisés

3COH: Triple Comptabilité Hospitalière

PGI : Progiciel de gestion intégrée

PCEPA : Plan Comptable Et Plan Analytique

SCF: Système comptable financier

O.D : Opérations diverses

M.S.P.R.H: Ministre de santé de la population et de la réforme hospitalier

DA: Dinar algérienne

DNS: Dépenses national de santé.

PIB: Production intérieur brut.

CNS: Caisse nationale de santé.

EHU: Établissement hospitalo-universitaire.

CHU: Centre hospitalo-universitaire.

DNS : Dépense Nationale de Santé.

PIB : Produit Intérieur Brut.

CNS : Caisse Nationale de Santé.

EHU : Etablissement Hospitalo-universitaire.

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

ORL: Otorhinolaryngologie.

ONS : Office national des statistiques.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé.

CHU : Centre hospitalo-universitaire.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

EPSP : Etablissement Public de Santé et de Proximité.

SCF : Système Comptable Financier.

EPA : Etablissement Public Administratif.

EH : Etablissement Hospitalier

SIG : Système Intégré de Gestion.

DEP : Dossier Electronique de Patient.

SSU : Secteur Sanitaire Universitaire.

CNAS : Caisse Nationale des Assurances Sociales.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

T-O: Tizi Ouzou.

IDAAS: Identity-as-a-service.

CD: Disque compact.

PC: Personnel computer.

CDC: Calcul des coûts

EPI: Equipment de protection individuelle.

SAS: Système d'analyse statistique

SPSS: Programme statistique pour les sciences sociales.

DCI: Décommissions Communielle

SAMU: Service d'Aide Médicale d'Urgence

GRH: Gestion des ressources humaine

GMAO : Gestion des Maintenances Assistée par Ordinateur

R.H : Ressources Humaines

Liste des schémas

Schéma n° 01: la saisie d'une transaction par le système 3COH…….. **30**

Schéma n° 02: les transactions sont prises en charge par des modules spécialisés…… **30**

Schéma n° 03: les journaux des transactions de même nature…….. **34**

Schéma n° 04: les étapes de la vie d'une transaction…… **36**

Schéma n° 05: Les étapes de la situation de départ……... **39**

Schéma n° 06 : Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou…… **74**

Schéma n° 07 : Organisation du bureau des entrées……. **83**

Schéma n° 08 : structurels du service informatique…….. **86**

Liste des tableaux

Tableau n° 01: Les modules utilisés pour prendre en charge des différentes transactions... **31**

Tableau n° 02: Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (1970-1999)……..... **48**

Tableau n° 03:Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (2011-2012)……..... **50**

Tableau n°04: Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % de dépenses de santé…….. **59**

Tableau n°05 : récapitulatif répartition primaire et secondaire primaire trimestre année2020…….. **99**

Liste des figures

Figure n° 01 : le menu principal du logiciel 3COH……. **33**

Figure n°02: Evolution des sources de financement de la santé en Algérie…….. **60**

Figure n°03: Les sources de financement de la santé en Algérie en 2009…….. **61**

Figure n°04: le tableau de bord du logiciel 3COH……. **93**

Introduction Générale

Le système de santé est caractérisé par une grande diversité et complexité des structures notamment sur le plan juridique et financier. C'est un ensemble d'institutions ayant pour objectif l'amélioration de la santé de la population ainsi que la contribution aux soins et à la prévention. Le secteur libéral coopère 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 efficients 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 que le personnel doit maîtriser, ces relations sont plus complexes entre eux. La maîtrise des coûts est parmi ces fonctions, et le service comptable développe les méthodes de calcules selon les besoins.

Actuellement, il 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.

Le système de santé en Algérie est financé principalement par l'Etat et la sécurité sociale comme étant agents de financement traditionnels. Il est caractérisé par la coexistence de deux principaux acteurs. D'une part, un secteur public dominant, sous tutelle de l'Etat qui assure toutes les fonctions de ce système (financement, prestations, régulation, etc.). D'une autre part, un secteur privé à but lucratif, peu développé, caractérisé par son fonctionnement indépendant et autarcique.

Dans ce contexte, le Ministre de la Santé de la population et de la réforme hospitalière 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 nouveau 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 aux décideurs de l'établissement un tableau de bord qui leur permet une bonne gestion et une prise de décision avisée.

Pour bien mener notre étude, nous avons jugé utile de poser la problématique qui suit:

Quel est la contribution du système de triple comptabilité hospitalière «3COH» au financement du système de santé?

Traiter 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 lesquelles on peut citer :

- C'est quoi le logiciel 3coh et Quelles sont les conditions de sa mise en œuvre?
- Est-ce que le logiciel 3coh est pertinent sur le système de santé Algérienne?

Afin de répondre aux questions posées précédemment, nous avons formulé deux Hypothèses importantes :

- La mise en place de ce nouveau système de calcul des coûts permet de calculer les différents coûts des prestations fournies par l'état au profit de la direction hospitalière.
- Le système 3COH permet d'avoir une certaine transparence dans le financement du système de santé.

Objectif de la recherche :

Notre objectif générale est d'évaluer l'impact du nouveau système de triple comptabilité hospitalière sur les financement du système de santé, et d'essayer d'expliquer l'état du système de santé Algérien et la mise en œuvre de 3COH à la place de la comptabilité existante afin de remédier à certains nombres de dysfonctionnements des hôpitaux publics et en particulier au niveau du CHU de TIZI-OUZOU.

Méthodologie de la recherche :

Pour bien mener 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 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 au sein du CHU Nedir Mohammed de Tizi Ouzou nous a permis, dans une première phase, de faire un diagnostic du système de triple comptabilité hospitalière au CHU de Tizi-Ouzou pour comprendre son fonctionnement sur le terrain.

Structure de l'étude :

Le plan de notre travail est décomposé en trois chapitres. Le premier s'intitule «calcul des coûts par le système 3 COH» qui porte sur trois principaux aspects. Premièrement, la description de la méthode des sections homogènes puis en deuxième lieu, aperçu générale sur le système triple comptabilité hospitalier et enfin l'organisation et le fonctionnement du système 3coh.

Le deuxième chapitre s'intitules «Adaptation du 3coh dans le système de santé algérien», ce chapitre est subdivisé en trois principales sections. Premièrement, la présentation du système de santé algérien et son évolution, puis en deuxième lieu, nous nous intéresserons au financement du système de santé algérien. Et enfin, l'évaluation du 3COH dans les établissements publics de santé en Algérie.

Pour concrétiser notre recherche nous avons fait un stage au niveau du centre hospitalier universitaire de Tizi-Ouzou, les résultats de ce stage sont inscris au niveau du troisième chapitre que nous avons subdivisé en trois principales sections. En premier lieu, la présentation de l'organisme d'accueil CHU puis en deuxième section nous avons touchés à l'application et la mise en œuvre du système 3COH. Enfin, on clôture notre chapitre par la détermination des limites et des difficultés de ce système.

Chapitre I :

Calcul Des Couts Par Le Système 3 COH

Introduction :

Dans une entreprise, la comptabilité analytique permet de déterminer le prix de revient de produit, biens matériels ou services en vue, et essentiellement de déterminer leur prix de vente .La détermination des coûts reste un objectif primordial de l'analyse des coûts .Il faut cependant garder à l'esprit que la finalité d'un système de comptabilité analytique est d'améliorer la gestion de l'entreprise et de calculer des coûts avec une grande exactitude. Eu égard au statut juridique de l'établissement de santé et aux conséquences qui en découlent, notamment l'absence d'un plan applicable aux établissements public Algérien face aux dépenses de santé croissantes, la rationalisation des dépenses est l'objectif à atteindre. Afin de maîtriser des coûts, il faut d'abord les calculer.

Dans ce contexte, les gestionnaires sont obligés de poursuivre une gestion plus rigoureuse orientée vers la performance, à un suivi assidu des activités et des ressources, à une meilleure évaluation des résultats.

L'ensemble des réformes en-cours conduit les établissements de Santé à s'interroger sur la méthode de la section homogène. Pour cela, l'Algérie a élaboré des programmes pour renforcer les compétences des dirigeants hospitaliers, en commençant à mettre 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.

C'est à partir de Janvier 2010 que le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière a mis en place un système d'information et de calcul des coûts dans les hôpitaux publics, et cela par l'installation du nouveau système triple comptabilité hospitalière « 3COH », qui vise à prendre en charge, de façon intégrée, la gestion du système d'information comptable des établissements hospitaliers en Algérie.

Section 01: La description de la méthode de section homogène

Cette section a pour objet de définir quelques concepts liés à la méthode des sections homogènes, de la définir et présenter ses intérêts et ses limites.

1. Présentation de la méthode des sections homogènes

La méthode de calcul du coût complet prend en compte toutes les charges, directes ou indirectes, de la comptabilité analytique pour le calcul des coûts

1.1. Historique et définition

La méthode des sections homogènes est l'une des méthodes de la comptabilité analytique elle est typiquement française, mise en œuvre dans les années 1930 afin de déterminer le prix de revient complet par service, comprenant d'une part les charges directes propres à ce service et une quote-part des charges indirectes globales de l'établissement public de soins. Ainsi, la méthode des sections homogènes permet de déterminer des coûts basés sur un découpage de l'établissement en sections dites homogènes, dans ce sens que la totalité de leur coût peut se rapporter à une seule unité physique ou monétaire appelée « unité d'œuvre »[1].

Cette méthode ne constitue donc pas pour autant une comptabilité analytique proprement dite. C'est en revanche un système de répartition des charges entre les différents services, afin de déterminer les coûts complets de chacun d'eux. En outre, la méthode des sections homogènes est appliquée dans l'objectif de déterminer un coût complet par service, tout en comprenant les charges directes propres à ce service et la quote-part des charges globales de l'établissement qui est calculé sur la base de « clé de répartition ». Les coûts indirects sont collectés dans des « centres d'analyse » intermédiaires et ensuite répartis au prorata d'une clé de ventilation représentative de la consommation du coût indirect[2] .

La détermination des couts servira comme outils d'aide à l'élaboration du budget prévisionnel et sa négociation elle peut aussi être utile pour mesurer la performance des services et comme moyens de contrôle pour tout responsable de la santé qui doit être associé et adhérer à la démarche de maitrise des dépenses, pour mieux déterminer ses besoins en moyens afin de rationaliser et rentabilisé l'utilisation des ressources.

[1]Guy Rimbault, "Lexique – index in comptabilité analytique et gestion prévisionnelle : outils de gestion de Guy Rimbault "éd Chihab Eyrolles col comptabilité paris1991, Alger 1996.
[2] Helene Löning Et (AL), « le contrôle de gestion : organisation, outils et pratiques », 3eme édition, dunod, Paris, 2008.

1.2.Les principales notions à définir

- **Unité d'œuvre :** « Elle est définie afin de mesurer une activité, et rechercher dans le but de caractériser l'activité du centre de responsabilité ou de la section d'analyse, et de constituer un instrument de communication entre les différents responsables. Cependant, il est important de préciser que certains centres de responsabilité (CR) ont une activité qui ne peut être mesurer en UO, comme il est le cas des sections d'analyses de la fonction administrative, où l'U.O utilisée est le taux de frais, qui représente le rapport entre le coût de la section d'analyse et la valeur de l'assiette de répartition qui correspond au total des coûts des activités ou centres utilisateurs ».[3]
- **Les clés de répartition :** « C'est un pourcentage à appliquer à chacune des charges indirectes en vue de leur répartition entre sections auxiliaires »[4]. La mise en œuvre de cette méthode nécessite le découpage de l'établissement en section homogène.
- **La section homogène :** « Elle consiste en un service dont l'activité aboutit à la production d'une même unité d'œuvre, comme par exemple le service d'hospitalisation qui constitue une section homogène dont l'unité d'œuvre est la journée d'hospitalisation. Cependant, les sections homogènes se divisent en deux catégories section les sections principales et les sections auxiliaires »[5].
- **Les Sections principales :** « Éléments de découpage, comptable de l'entreprise concernent ses activités productivité .les sections principales reçoivent des charges directe par affectation et des charges indirectes redistribuées en prévenance des sections auxiliaires »[6]. Donc Les sections principales sont celles dont l'activité concourt directement à la production de l'unité d'œuvre pour laquelle on veut calculer le coût. Ainsi, les services de stomatologie, d'hémodialyse, et ceux dotés de lits d'hospitalisation représentent tous des sections principales.
- **Les sections auxiliaires :** « Elles sont constituées par des centres qui travaillent pour d'autres centres. Donc l'essentiel de leur activité profite aux autres centres et non aux produits et par conséquent leurs charges relatives sont imputées sections principales et auxiliaires bénéficiaires des prestations »[7]. Les sections auxiliaires reçoivent les

[3] Ministère de la santé et de la population, direction de la planification et de la normalisation Guide méthodologique pour la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogènes, Alger, septembre 2001, page49
[4] Ibid. page 50.
[5]Guy Rimbault, Lexique – index in comptabilité analytique et gestion prévisionnelle : outils de gestion de Guy Rimbault éd Chihab Eyrolles col comptabilité paris 1991 Alger 1996, page 92
[6] Ibid. page 93
[7] P. MYKITA et J. TUSZYNKI, Comptabilité analytique, Editions Foucher, Paris 2000.

charges indirectes établies par l'utilisation de clé de répartition et se redistribuent sur les sections principales.

- **Les charges directes :** « Sont les charges des sections principales et auxiliaires qu'on affecte à chacune Des sections sans avoir recours a une clé de répartition » [8]. Exemple : salaire, médicament, fournitures diverses. ϖ Les charges indirectes : « Ce sont des charges qu'on ne peut affecter aux sections que grâce à des clés de répartition »[9].

On trouve :

- les charges des sections auxiliaires puisque elles font l'Object lors de la répartition secondaire a une clé d'affectation via des clés de répartitions
- les charges communes : ce sont des charges indirectes puisque on ne peut pas déterminer avec exactitudes la part qui revient à chaque service comme l'eau, électricité, gaz, téléphone, assurance contre incendie.

L'affectation de ce type de charges fait appel à des clés de répartition.

1.3. Les moyens nécessaires pour la mise en place de la méthode des sections homogènes

Les indicateurs hospitaliers se rapportent aux malades hospitalisés et au fonctionnement des hôpitaux. Elles se basent sur des définitions précises. L'hôpital doit fournir des chiffres précisant les activités des divers services, ainsi à partir de ces données, différentes indicateurs qui sont obtenues, on peut procéder au calcul des coûts au sein des établissements de santé. La réalisation de la méthode des sections homogènes nécessite des moyens si dessous :

1.3.1. Un tableau de bord

Il est composé d'indicateur fiable tel que :

- **La durée moyenne de séjour (DMS) composé :** Elle exprime le nombre de jours passés par les malades dans les établissements [10]. La durée moyenne de séjour

[8] Guy Rimbault, Op.cit., page 94
[9] Ibid., page 96
[10]MARTINE BROIDO, «Initiation à l'économie de la santé avec les logiciels Eco-Santé», Les producteurs du secteur de la santé, IRDES, Juillet 2006.

(DMS) est exprimée en jours. Elle correspond au nombre de journées de soins divisé par le nombre d'hospitalisations.

- L'Hospitalisation : Sont considérés comme des séjours stationnaires ou les séjours à l'hôpital d'une durée de 24 heures au moins à des fins d'examen, de traitement et de soins. Les séjours à l'hôpital de moins de 24 heures durant lesquels un lit est occupé pendant une nuit ainsi que les séjours hospitaliers lors de décès comptent également comme hospitalisation[11] .

La diminution de la durée moyenne de séjour des patients constitue le critère ou l'élément permettant de servir de moyen de comparaison entre établissements et services de santé en ce qui concerne les activités réalisées[12] .

- **Coefficient de rotation des lits:** Il représente la relation entre le nombre de lits, les durées de séjour et le nombre d'entrants annuels En pratique quand le taux de la rotation du lit est accéléré la durée moyenne de séjour est réduite.
  Le taux de rotation (en %) = (nombre d'entrées /365)/ nombre de lits installés *100[13].
- **Taux d'occupation (TO) :** Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux représente la somme des journées d'hospitalisation au cours d'une période donnée (en général une année) divisée par le nombre de lits disponibles, Il indique le degré d'utilisation des lits disponibles durant une période déterminée[14] .

Le taux d'occupation (en %) = (nombre de journées réalisées/365) / nombre de lits installés*100[15] .

1.3.2. La Nomenclature des actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et leur codification

Cette nomenclature permettra de définir avec rigueur les tarifs correspondant à chacun de ces actes et de mettre, également, un terme à l'anarchie en matière de remboursements.

[11] [http://www.hplus.ch].consulté le 27/07/2022.
[12] Mr SALMI Madjid, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle: éléments pour une évaluation de la qualité des soins », page 85.
[13] [http://www.ecosante.fr/].consulté le 27/07/2022.
[14] [http://www.hcp.ma/glossary/Taux-d-occupation-des-lits-d-hopitaux_gw104.html] .consulté le
[15] [http://www.ecosante.fr/].consulté le 27/07/2022.

1.3.3. Le logiciel de calcule : C'est un programme ou une application informatique qui permet à l'administration de comptabiliser les différentes pièces justificatives fournis pas les différents services de l'hôpital.

1.3.4. La fiche navette : La fiche navette accompagne le malade durant tout son séjour hospitalier, c'est un support d'information à même de rendre compte des activités hospitalières et de leur coût, avec l'avènement de la gratuité des soins en Algérie en 1974, la fiche navette a été simplement et carrément supprimée puis rétablie par la suite, elle comporte huit pages dont chacune est destinée à la collecte d'un certain nombre d'informations qui seront exploitées par le bureau des entrées. Cette fiche fait partie de la liste des supports d'information et de gestion normalisés[16] .

1.3.5. Nombre de lits (ou de lits occupés) d'un établissement hospitalier : C'est le nombre total des lits que comporte chaque service de l'hôpital. (Exemple : médecine générale, bloc opératoire, hémodialyse…etc.), considéré pendant très longtemps comme l'outil d'appréciation quantitative de l'activité hospitalière[17] .

1.3.6. Nombre d'admissions, de sortie ou de transferts : Le bureau des admissions est chargé à l'aide d'un registre des hospitalisations de consigner toutes les admissions/ sortie et le transfert de chaque patient, par ailleurs, l'attractivité d'un service, mesurée en termes d'admissions ou de consultations de malades, peut servir comme l'élément prépondérant de l'appréciation de cette activité[18] .

1.3.7. Nombre de journées d'hospitalisation par patient : Une journée d'hospitalisation est une journée vécue par un malade en occupant un lit réel dans l'hôpital[19] .

1.3.8. Le package : C'est l'ensemble des actes médicaux et les déférentes prestations dont bénéficie chaque malade (consultation, radio, réa respiratoire…). Le nombre de package doit être égal en nombre de malade portés sur le registre du P.U (pavillons des urgences)[20]. Chaque service doit délivrer le nombre des actes médicaux fournit au patient durant le mois au centre de calcul, ce dernier est chargé de calculer la somme global des actes médicaux de tous les services.

---

[16] Mr SALMI Madjid, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle: éléments pour une évaluation de la qualité des soins », page 105
[17] ibid.p85
[18] Ibid.
[19] [http://www.hplus.ch] .consulté le27/07/2022
[20] [www.linternaute.com/dictionnaire/définition/package] .consulté le 08/08/2022

2. Les apports et les Limites de la méthode de section homogène :

Comme tout autre outil de gestion nouvellement développer dans une entreprise, le développement et l'implantation de la comptabilité analytique risque de s'avérer extrêmement long et coûteux dans un hôpital. En effet, quel que soit l'industrie dans lequel l'organisation opère, un tel outil peut être très complexe à implanter, ce qui est encore plus valable lorsque l'organisation est grande, notamment dû à la lourdeur administrative et le grand nombre des unités et départements.

Malgré les avantages multiples que génère cette méthode d'affection des coûts, il faut évaluer la possibilité d'implanter ce modèle dans le contexte organisationnel des hôpitaux. Ainsi, sans entrer dans trop de détails, les centres hospitaliers sont imposés à des limites externes qui ne peuvent contrôler, soit le temps, les normes gouvernementales et leur financement. Par conséquent, même si le degré de complexité quant à l'intégration de ce modèle diffère selon les différentes activités de l'hôpital, il faut considérer que l'implantation de ce dernier reste un processus qui est long et coûteux pour l'hôpital. Il faudrait donc évaluer la possibilité pour les hôpitaux d'implanter ce modèle dans son contexte organisationnel, afin d'orienter les décisions des gestionnaires vers un consensus optimal.

En effet dans cette section on va présenter les apports et Les facteurs nuisant le bon fonctionnent de la méthode des sections homogène.

2.1. Apports de la méthode de section homogène

Ces apports comme suit:

2.1.1. Intégrer ce système selon différents niveaux de complexité :

Un des avantages de cette méthode est qu'il est possible d'utiliser cette dernière selon différents niveau d'intégration dans la gestion des coûts. Plus précisément, selon l'importance des coûts des différentes activités dans l'organisation, il serait possible de gérer la précision des centres d'analyses dans l'évaluation de l'affection des coûts. Ce qui veut donc dire, pour les activités qui engendrent des dépenses importantes, l'affectation des coûts avec cette méthode serait intégrée de façon très précise. Par contre, pour ce qui est des activités qui semblent mieux gérer et qui consomme peu de coûts l'intégration du modèle serait faite de façon plus globale[21].

[21] Northcott et Llewelly .Challenges in costing health care service: Recent evidence from the UK , International journal of public sector Management 2002,,P 188.

A. Identification de l'objet de coût :

Une des contraintes majeures de la gestion des coûts dans les entreprises est l'identification de l'objet de coût. En fait, si ce dernier est mal identifié, il est difficile d'établir une gestion optimale des ressources dans l'organisation. Ainsi, cette méthode identifie l'objet de coûts comme étant la destination du patient. De cette façon, il est possible d'analyser de façon exhaustive le coût réel d'un séjour d'un patient au sein de l'hôpital, même si ce dernier se déplace au sein de plusieurs départements non reliés pour la durée de ses soins.

B. La stratégie de l'organisation :

En ayant une idée plus précise des coûts consommés par les ressources de l'entreprise, il est possible d'utiliser les outils de gestion de façon optimale. Ainsi, cette méthode permet d'établir la relation entre toutes les activités dans l'hôpital. Nous savons que l'objet de coût est la destination du patient et non la nature de l'activité. De ce fait, l'utilisation de cette méthode permettrait d'identifier les activités sans valeur ajoutée. Pour la stratégie de l'entreprise, Il serait donc possible pour les gestionnaires de minimiser l'importance de ces activités dans l'organisation pour maximiser l'orientation de la stratégie vers les activités qui génèrent de la valeur ajoutée[22].

2.2. Les limites de la méthode des Section homogènes dans les établissements hospitaliers

Ces limites sont:

2.2.1. Limites liée à la gestion budgétaire

C'est la première limite de la méthode qui demeure régie par la traditionnelle comptabilité publique instituée depuis plus d'un siècle (1899).

Une comptabilité qui n'est pas approprié pour soutenir et assurer l'exercice d'une véritable comptabilité analytique.

Une comptabilité administrative (non de gestion) qui ne distingue pas clairement la nature des charges. Elle retrace les recettes et les dépenses par titres, chapitres et articles avec une confusion délibérée entre consommables et non consommables, entre achats et stocks, créances et dettes, les actifs fixes et actifs circulant[23].

Cette confusion n'est pas de nature à faciliter l'imputation des charges de façon rationnelle et crédible, ce qui rend également difficile la prise de décision des

[22] Northcott et Llewelly, Op.cit. p 203
[23] ARHAB SAID, « calcul des coûts à l'hôpital», cread Alger, 2011, p 07

gestionnaires. En effet la comptabilité administrative (publique) n'a aucune propriété de comptabilité de gestion (comptabilité à partie double basée sur le plan comptable national).

Nous examinerons ci-après quelques exemples pour expliquer cette insuffisance :

- **Au titre I (Traitements des personnels)**

La difficulté d'affectation réside dans la nature même de la gestion des ressources humaines de l'hôpital ; Le personnel médical par exemple est affecté pour diverses activités: consultations, explorations, hospitalisations, bloc opératoire, formation et recherche, enseignement universitaire …etc.

Il n'est pas aisé de déterminer la part de dépenses en traitement et salaire à imputer à chacune des sections correspondant à ces activités, il en est presque de même en ce qui concerne les salaires des paramédicaux, pourtant cette rubrique (dépenses de personnel) peut être considérée comme la plus aisée en matière d'imputation comptable car elle ne prête pas à confusion entre consommation et investissement, ce qui n'est pas le cas pour les autres exemples qui vont suivre[24].

- **Au titre II (Formation)**

Les dépenses de formation comprennent les rémunérations des résidents, les bourses des stagiaires, les frais liées aux congrès et autres congés scientifiques ainsi que l'acquisition et l'entretien du matériel et mobilier pédagogique.

Si pour les premières rubriques liées aux frais l'imputation obéît aux mêmes règles que le titre précède, il demeure que l'acquisition de matériel et mobilier relève de l'investissement.

En comptabilité générale ce poste est traité en usant de la procédure d'amortissement où il ne devrait être pris en compte que la charge liée à l'usure subit durant la période considérée et calculée suivant des taux d'amortissement fixés par la législation fiscale.

Nous verrons le même problème se posera plus loin dans les titres relatifs aux médicaments (titre V) où plusieurs rubriques doivent être versées dans un compte d'investissement ou traitées, e n tant que telles.

Le titre (VI) matériel et équipements médicaux qui concernent en totalité les

[24] ARHAB SAID, Op.cit.p08.

investissements proprement dit à l'hôpital, à ce niveau la méthode du calcul des coûts en vigueur à l'hôpital ne prévoient aucune procédure d'imputation fiable puisque la pratique de l'amortissement est inexistante[25].

- **Au titre VII (l'entretien des infrastructures)**

Renferme aussi des dépenses liées à la construction ou l'extension des services, si les frais liées aux réfections des peintures, réparation et autres entretiens sont affectés directement au service concerné (consommateur), les grands projets de construction ou extensions même financés par le budget de fonctionnement (certains sont pris en charge dans le cadre des opérations planifiées, hors budget) ne sont tout simplement pas concerné par la répartition des charges directes ou indirectes.

Pour ce genre d'opération les factures sont établies généralement en fin d'exercice et souvent en période complémentaire (Janvier-Mars) leur prise en compte pour le calcul des coûts ne fera qu'aggraver ces derniers qui deviennent ininterprétables[26].

- **Au titre VIII (Dépenses de fonctionnement)**

La plupart des chapitres relèvent des charges communes, celles-ci sont réparties suivant une clé de répartition calculée sur base du rapport ci-après:

Total des charges directes de la section considérée / la somme des charges directes cumulées de toutes les sections[2].

Ces charges concernent les frais divers de gestion, fourniture diverses, transport, eau, gaz, énergie, frais de poste et télécommunication, les frais d'assurance diverses etc.

Ces charges ne peuvent faire l'objet d'une affectation directe (ce sont en d'autre terme des charges indirectes), la clé de répartition déterminée précédemment considère que les sections participent à la consommation des charges communes au prorata de l'importance de leurs consommations en charges directes. Cette unité de mesure très contestée.

Certains chapitres de ce même titre relèvent également de l'investissement : cas de l'acquisition de matériel et mobiliers (mobilier médical et autre mobilier de bureau) ; Achats de petits outillages, parc automobile où il est prévu l'acquisition des véhicules légers et lourds.

[25]ARHAB SAID, Op.cit.p09.
[26] Ibid, p09

Toutes ces rubriques ne sont pas gérées conformément aux règles de la comptabilité de gestion où la pratique de l'amortissement est obligatoire.

Toutes ces remarques peuvent s'appliquer pour le titre prévention où pour les vaccins et autres médicaments à usage préventifs ne présentent pas de difficultés d'affectation, il existe en revanche des dépenses liées à l'acquisition de matériel et mobilier technique et spécifique.

Par ailleurs, bien qu'il soit spécifié que les dépenses de prévention sont à la charge de l'Etat, il se trouve que certaines dépenses doivent être obligatoirement incorporées au calcul des coûts, c'est le cas des médicaments à usage préventif qui sont utilisés par les services médicaux.

En définitive la comptabilité publique (administrative), son nom l'indique n'est pas approprié pour la gestion proprement dite, elle ne précise pas la nature des charges en autorisant cette confusion entre consommables (fourniture) et non consommable (investissement), cette insuffisance ne peut que compliquer davantage l'approximation des coûts[27].

2.2.2. Limite liée au découpage analytique

Le découpage analytique de l'établissement hospitalier est réalisé en tenant compte de son organisation interne qui est en évidence différente selon le type d'établissement (CHU, EHS, EPH).

Le principe de découpage étant respecté dans la plupart des cas et ne peut faire l'objet de critique de fond. Sur la forme, force est de constater que toutes les sections sont considérées auxiliaires à l'exception de celles assurant l'activité d'hospitalisation.

Ces dernières sont élues sections principales puisque l'objectif est de calculer un coût moyen d'une journée d'hospitalisation par spécialité, ce qui revient à considérer toutes les autres sections (service de soutien toutes catégories confondues : Laboratoire, Radiologie, consultations, prévention, bloc opératoires, urgences, explorations diverses, services économiques dont restauration, transport, lingerie.. etc.) Fournissent toutes leurs prestations au bénéfice de l'hospitalisation.

Ainsi toutes les charges afférentes à ces sections (auxiliaires) sont déversées en

[27] ARHAB SAID,Op.cit.p10

dernière instance pour la formation du coût de l'hospitalisation.

Pourtant, la réalité est toute autre car une bonne partie des prestations fournies par ces dernières va au profit de malades externes.

L'exigence de rationalité doit être en faveur d'un découpage qui permettrait un calcul du coûts des unités d'œuvre à tous les niveaux pour ne pas aggraver le coût de l'hospitalisation qui endosse une grande partie des charges qui ne le concerne pas[28].

2.2.3. Limite liée au système d'information comptable

En effet la comptabilité publique ne procure pas une codification des comptes détaillées à l'image de la comptabilité de gestion (à partie double), on tente parfois de réaliser un reclassement des articles du budget en compte du Plan Comptable National cette procédure relève de l'initiative personnelle puisqu'il n'existe aucun document officiel qui autorise cette transformation, ce constat nous amène à affirmer la nécessité d'appliquer le PCN (Plan Comptable National) [29].

2.2.4. Limite liée à la vocation et structure de l'EPS : (Etablissement Public de santé)

L'avènement de la nouvelle carte sanitaire (Août 2007) a donné naissance à de nouveaux établissements issus du découpage du secteur sanitaire en EPH (Etablissement Public Hospitalier) ou l'hôpital et en EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité).

Pour le premier EPH, le calcul des coûts se retrouve simplifié puisque activité de l'hospitalisation est l'objet de notre évaluation économique.

Pour le second, il ne reste plus de sections principales à l'exception des maternités rurales pour la plupart.

Si l'on suit le guide méthodologique établi pour un secteur sanitaire, on se retrouvera devant des coûts complètement biaisés et ininterprétable, la journée d'hospitalisation au niveau d'un service de maternité dont la durée moyenne n'excède pas trois jours mérite une évaluation économique adaptée au lieu de lui faire supporter toutes les charges en grande partie destinées aux activités de prévention dont : Enquête, éducation sanitaire , programme de vaccination élargi, santé scolaire, médecine du travail et autres.

[28] ARHAB SAID, Op.cit.p11.
[29] Ibid.p12.

Quant aux EHS (Etablissement Publics Spécialisés) le calcul des coûts ne doit en principe poser aucun problème d'adaptation puisque ces établissements ont pour mission de développer les soins dans une même spécialité ou des spécialités complémentaires tels les EHS « mères enfants » ou Gynéco-Obstétrique, Néphrologie, Hémodialyse, Psychiatrie …etc.

Mais pour une meilleure fonctionnalité du guide méthodologique il serait nécessaire de l'orienter pour s'adapter avec plus de précision à l'activité de ces établissements[30].

Dans cette perspective le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec le Ministère des Finances ont initié un projet d'informatisation du système de gestion budgétaire basé sur une Triple Comptabilité Hospitalière : le Projet dit 3COH.

[30] ARHAB SAID, Op.cit.p12.

Section 02: Aperçu générale sur le système 3 COH

Le système informatisé de comptabilité de gestion dispose de tous les moyens informatiques permettant les ajouts et les mises à jour du logiciel et/ou de la documentation y déférente, ces moyens informatiques constituent également des supports d'échanges entre les utilisateurs du dit système.

Le système informatisé de comptabilité de gestion est mise en place, au niveau des gestionnaire des établissements publics de santé, au moyen d'un système basé sur la gestion en temps réel de l'établissement et a circulation de l'information. Le système informatisé de comptabilité de gestion alimente en temps réel, à partir d'une saisie unique de l'information, les trois comptabilités citées à l'article 3 ci-dessus, intégrées dans une base de données unique.[31]

1. Présentation du système de triple comptabilité hospitalière

Le système informatisé de comptabilité de gestion est mis en place, au niveau des gestionnaires des Etablissements publics de santé, au moyen d'un système basé sur la gestion en temps réel de l'Etablissement et la circulation de l'information.[32]

1.1. La nécessite d'une comptabilité des coûts [33]

Le passage à une logique de gestion des établissements basée sur l'atteinte des résultats nets et réels, conduira nécessairement à la mise en place d'un système de comptabilité des coûts, celui-ci amènera à découper l'établissement en centres de responsabilité, cette comptabilité des coûts mettra en place un dispositif de mesure des performances de chaque centre, permettant de s'assurer de l'atteinte des objectifs fixés.

Les indicateurs produits peuvent porter sur des éléments financiers (coûts, actifs utilisés,…) et non financiers (volume d'activité réalisé, qualité du service, satisfaction des usagers, …).

---

[31] DEGOULET, Patrice., FISCHI, M. Traitement de L'Information Médicale Méthodes et Applications Hospitalières .paris : Edition Masson, 1991.p.315.

[32] Arrêté interministériel du 6 Moharrem 1436 correspondant au 30 octobre 2014 fixant les modalités d'application du système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements publics de santé ainsi que la liste des établissements concernés par la mise en œuvre de ce système, page 28

[33] HABBAS Kamel, CHENANE Zahia, Présentation du nouveau système de la comptabilité hospitalière « 3coh » Cas : du CHU de Tizi-Ouzou, Master en sciences économiques, faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, Economie de la santé, Algérie, 2020.p.20.

1.2. L'intégration des 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, suivis 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.[34]

1.3. Le logiciel 3COH

La mise en œuvre du système de triple comptabilité hospitalière est basé sur l'utilisation du logiciel de gestion intégré « 3COH » (triple comptabilité hospitalière). Outre la gestion comptable, ce logiciel 3COH vise à prendre en charge la presque totalité des fonctions de gestion de l'établissement hospitalier [35]:

- Gestion des achats et de la relation fournisseurs.
- Gestion des stocks.
- Gestion des immobilisations.
- Système de facturation.
- Gestion des consommations.
- Suivi budgétaire et suivi des marchés.
- Gestion de la trésorerie.
- Comptabilité générale, la consommation et la facturation des prestations.
- Comptabilité analytique, la détermination des coûts des prestations.
- Etats financiers.
- Tableaux de bord et la production de tableaux de synthèse et d'indicateurs de gestion.

[34] Groupe PRESENCES international Sarl (2012) : «systèmes d'information intégrés : Pourquoi "triple comptabilité"». www.presence international.com.
[35] PRÉSENCES INTERNATIONAL, Guide de l'utilisateur « projet 3coh » février 2010.

2. Les principaux objectifs du système triple comptabilité 3COH

Parmi les objectifs de l'implantation et le management du système triple comptabilité[36] :

- **Un système d'aide à la décision:** la contribution à la valorisation du patrimoine, une meilleure appréhension de la réalité de l'activité annuelle en termes de recettes et de dépenses, et une connaissance des coûts des activités.
- **Un système de suivi permanent:** qui permet à la direction de l'établissement d'avoir un suivi, en temps réel, de ses engagements et disponibilités budgétaires.
- **Un système de gestion claire et transparent:** qui permet l'élimination des erreurs de saisie, et les retards dans la transmission des résultats, grâce à la mise en place d'un système de traitement en temps réel sans informations redondantes.
- **Un système d'anticipation:** qui permettra un contrôle a priori des disponibilités budgétaires.
- **Un système flexible:** il permet de calculer les coûts des opérations des services sur une base mensuelle
- **Un système qui permet de faire des benchmarking :** il permet de faire des études comparatives entre des structures hospitalières homogènes
- **Un système qui produit des indicateurs hospitaliers au niveau micro et macro-économique:** il permet d'assurer la production d'indicateurs de gestion de base (nombre d'admissions, nombre de journées, durée moyenne de séjour patient, taux moyen d'occupation des lits, coûts, etc.).
- **Un système qui nécessite le travail en groupe:** qui favorise, au sein de chaque établissement, le travail coopératif entre les divers services par le partage d'une base commune de données, accessible (dans des conditions sécuritaires) et exploitable par tous.

[36] Manuel de comptabilité hospitalière 3COH, mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers, 2013.

3. Les composants du système triple comptabilité hospitalière

Le système triple offre des indicateur de décision plus pertinent ,et une identification réelle des besoins de l'établissement ainsi que la détermination convenable des coute des activité dans la comptabilité analytique obligatoire donc une présentation général des comptabilité utilise dans le système 3COH par c'est trois comptabilité sont[37]:

3.1. Comptabilité générale

3.1.1. Définition de la Comptabilité générale

La comptabilité générale est une technique quantitative de collecte, de traitement et d'interprétation de l'information, relative aux transactions réelles d'un agent, comportant une contrepartie monétaire, les transactions sont observées et mesurées sur la base de cette contrepartie, la comptabilité générale tient en partit double les comptes pour établir le bilan le compte de résultat et les annexes. 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.

3.1.2. L'organisation de la comptabilité générale

Les écritures comptables sont passées selon le système dit « en partie double » : chaque Ecriture 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 susvisé. Tout enregistrement comptable précise l'origine, le contenu et l'imputation de chaque donnée, ainsi que la référence de la pièce justificative qui l'appui. 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 unique1. Tout établissement hospitalier tient un livre journal et un livre d'inventaire :

A. 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

[37] HABBAS Kamel, CHENANE Zahia.Opcit.p30

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. L'enregistrement de ces opérations d'échanges entre une entreprise et son environnement doit être réalisé de façon chronologique, et extrêmement détaillée. Le livre journal doit permettre aux organismes institutionnels concernés de procéder à un contrôle rapide des écritures comptables d'une entreprise. S'il est informatisé, le livre journal doit comporter des garanties de preuve sur l'identification, la numérotation et la datation des opérations, le livre journal est un instrument utilisé pour éditer le Grand livre. Dans ce livre journal sont généralement regroupés différents journaux auxiliaires parmi lesquels le journal des achats et frais, le journal de banque, le journal des ventes, le journal des opérations diverses, etc.

B. Livre d'inventaire

Reprend les états financiers de chaque exercice : Le livre d'inventaire fait partie des livres comptables édités pour mesurer l'actif et le passif d'une entreprise. En principe, un inventaire est exécuté au moins une fois par an pour permettre de réaliser les bilans comptables afférents, il faut différencier la procédure d'inventaire avec le travail de gestion des stocks, même si ces deux notions sont intimement liées.

- **Le Contenu du livre d'inventaire :**

Le livre d'inventaire est un état comptable dans lequel figurent : - les stocks - les immobilisations corporelles - les immobilisations incorporelles - les créances clients -les dettes fournisseurs, etc. Avec la dématérialisation des données comptables, le livre d'inventaire fait partie des états qui peuvent être générés par un logiciel professionnel à partir des saisies de l'utilisateur. Son contenu est figé à l'issue de la clôture des comptes1.

3.1.3. Les objectifs de la comptabilité générale :

- La comptabilité générale satisfait à des besoins d'ordre économique, financier juridique et fiscal.
- Elle est entièrement orientée vers la saisie de données d'après leur nature et vers la détermination : des résultats globaux de l'entreprise, des situations actives et passives.

- Elle utilise exclusivement la partie double qui ne se prête qu'à un nombre limité d'analyses et ne peut intégrer facilement dans son système de comptes, les prévisions budgétaires.

3.1.4. Le fonctionnement de la comptabilité générale

La comptabilité générale ce dernier est utilisé comme n moyen de contrôle et de protection de patrimoine de l'entreprise. Elle permet :

- le contrôle des caissiers de (l'encaissement des dépenses et des recette) contrôle des magasiniers (des stocks des réceptions des livrassions) ces tue moyenne de suivre l'évolution des grand masses de chiffre d'affaire de repérés les anomalies , de comparer dans les entreprise et entre les entreprise .
- La comptabilité liés rassure et leur apporté et confiance en leur apportant une information fiable, elle assure la protection des créanciers, elle surveille la solvabilité de l'entreprise et la transparence.
- Les utilisateurs de l'information comptable traite par la comptable traite par la comptabilité sont nombreux est divers :
    - Mesuré de chiffre d'affaire.
    - Contrôle de la caisse.
    - Mesuré des créances et information sur la solvabilité des clients.
    - Suivi des créances et des dettes, contrôle des dépenses.

3.1.5. 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 :

A. 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.

B. 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.

C. 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.

3.2. La comptabilité budgétaire

Qui retrace l'exécution des dépenses budgétaires, au moment où elles sont payées et l'exécution des recettes, au moment où elles sont encaissées.

3.2.1. Les principes de la comptabilité budgétaire

Les prévisions de la comptabilité budgétaire doivent être conformes à la réalité qu'elles sont censées représenter, pour ce faire :

- Le budget va reprendre l'ensemble des dépenses et des recettes de l'organisation.

- Les prévisions doivent rester réalistes (pas de majoration ou de minoration). La comptabilité doit être basée sur le principe de la prudence, de la fiabilité et de l'intégrité.
- De ce fait, chaque service va devoir établir ses propres prévisions budgétaires pour l'année suivante en partant d'une estimation originale (exercice N et exercice N+1).
- Ensuite, toutes les prévisions budgétaires de chaque service seront consolidées pour donner une image précise des prévisions de l'entreprise.
- Cette consolidation pourra être définitive ou revue par la direction et les services concernés.

3.2.2. Les rapports du la Comptabilité budgétaire

Rapport est un suivi qui permet d'avoir une vision précise de la réalisation du budget : - Il est très détaillé et propose un suivi chronologique qui peut être trimestriel, voire mensuel. - Généralement, les estimations originales sont mises à jour à la fin de chaque trimestre. - Il va donc permettre d'analyser les écarts, qui sont le décalage entre le réel et le prévisionnel. Ils peuvent être plus ou moins importants, le reportant fournit des informations précieuses sur le suivi budgétaire.

3.2.3. La différence entre comptabilité budgétaire et comptabilité générale

La comptabilité budgétaire a un champ plus étroit que la comptabilité générale :

- Elle ne porte que sur les dépenses et recettes, et fait abstraction des créances, dettes, actifs et passifs : c'est pourquoi elle ne produit pas de bilan.
- Elle ne concerne que les dépenses et recettes qui sont budgétaires, à savoir celles qui font l'objet d'une autorisation budgétaire formelle : c'est pourquoi elle néglige les opérations de trésorerie et de financement.

3.3. La comptabilité analytique

La comptabilité analytique comme un outil de gestion conçu pour mettre en relie les éléments constitutifs des coûts et des résultats de nature à éclairer en place, la collecte et le traitement des informations qu'il suppose, dépendent des objectifs recherchés par les utilisateurs. Donc la comptabilité analytique et considère comme un système de saisie et de traitement des informations comptables qui a pour but de connaitre et de contrôler les coûts à

l'aide de ventilation, de regroupement…comptabilité analytique est un outil de gestion indispensable une aide de décision ».

La comptabilité analytique est un mode de traitement de la donnée dont l'objectif essentiel est les suivant :

- Connaître les coûte des différentes fonctions assumées par l'entreprise.
- Explique le résultat en calculant les coûts des produits (bien et service). Contribue au processus de gestion des entreprises accumulant et traitement des données sur les consommation de ressource , et en les transmettant aux décideur pour éclaire leur choix de plan d'action dans le cadre d'une analyse des coûte bénéfice donc la comptabilité analytique est donc une branche des science de la décision. Une comptabilité analytique permettant de calculer les différents coûts des prestations fournies à différents niveaux au sein de l'établissement public de santé.

3.3.1. Les 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. Donc les objectifs principaux de la comptabilité analytique

- L'axe-calcul des coût et analyse de rentabilité : le premier objectif de la comptabilité est la détermination des coûte des produit et des service proposes par l'entreprise a la clientèle, donc dans la comptabilité analytique constitué un outil de calcul elle permet a l'entreprise la connaissance des coûts de revient des produit nécessaires pour la fixation de leur prix de vente la comptabilité analytique devient aussi un aide a la comptabilité générale dans la mesure ou elle permet dévaluer certaine éléments du bilan (stock des produit finis semi finis).
- L'axe – contrôle de gestion : dans cette optique la comptabilité analytique devient un moyen de contrôle et donc de pilotage elle permet :
  - l'analyse des consommations de l'observation de leur évolution.
  - La distribution entre les charges liées a l'activité de l'entreprise (charge, variable) et celle liées a la structure (charge fixes).
  - le contrôle des consommations par comparaison avec les prévisions.
  - l'analyse des écarts entre les réalisations.
- L'axe- l'aide a la prise de décisions : après la mise en œuvre de la décision la comptabilité analytique constate les coûts et résultats réels , et effectue un approchements avec les coût et résultat préétablie elle calcul les différences et les responsables chercheront leur causes (erreurs dans le processus de prévision ou de décision).

3.3.2. 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.

Section 03 : L'organisation et fonctionnement du système 3COH

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. L'organisation générale du système 3COH

Le système de comptabilité hospitalière dénommé 3COH est constitué de trois (3) composants intimement imbriqués[38]:

- Comptabilité générale (commerciale ou patrimoniale)
- Comptabilité budgétaire (publique ou administrative)
- Comptabilité analytique (comptabilité des coûts).

Ce système est alimenté à partir de transactions saisies par des usagers, sur la base de pièces justificatives. Ces transactions sont saisies généralement dans des modules auxiliaires où elles sont enregistrées dans des journaux spécialisés (journal des entrées en stock de médicaments, journal des factures d'achat de fournitures de bureau, journal des acquisitions de biens immobilisés, etc.). En général, ces transactions sont accompagnées de leur distribution comptable qui est leur traduction comptable en termes de débits et de crédits de comptes.

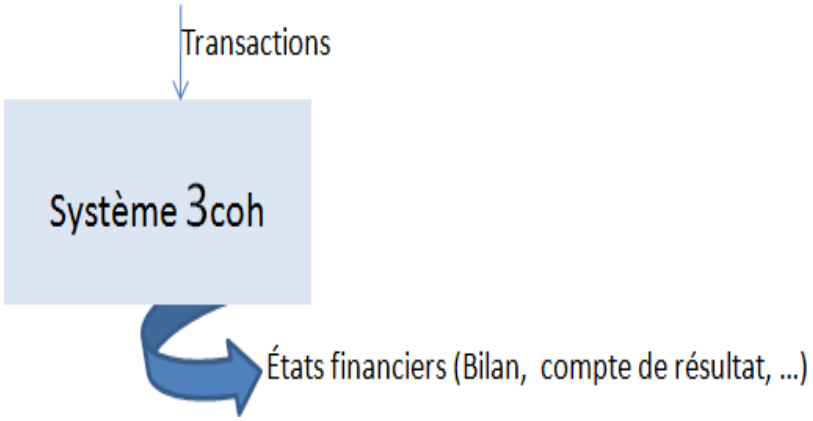
En fin de période (de mois), ces distributions comptables sont centralisées dans le journal général au moyen du processus de centralisation, le service de la comptabilité est responsable de ce processus. Ce même service est tenu de saisir les O.D (opérations diverses de corrections, écritures d'inventaire, de provisions, etc.), au moyen du module central de la comptabilité financière/ générale.

1.1. 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.[39]

[38] Manuel de comptabilité hospitalière 3COH, mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers, 2013, 98p.
[39] Projet3COH:«*Guide de l'utilisateur*», Algérie, 2013.p.9

Schéma n° 01:la saisie d'une transaction par le système 3COH

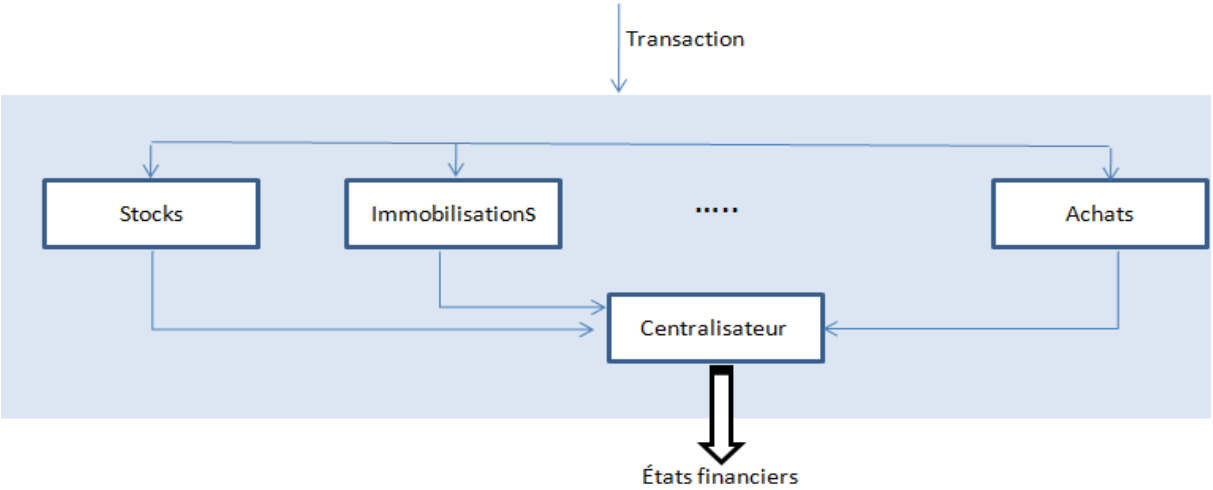


Source: Projet3COH:«*Guide de l'utilisateur*», Algérie, 2010.

Une transaction peut être une facture émise ou reçue, un bon de commande, un bon de livraison ou 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 : le module ACHAT traitera les transactions relatives aux achats, le module IMMOBILISATIONS sera responsable du traitement des opérations relatives aux immobilisations, …

Schéma n° 02: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,2013.

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° 01: Les modules utilisés pour prendre en charge des différentes transactions

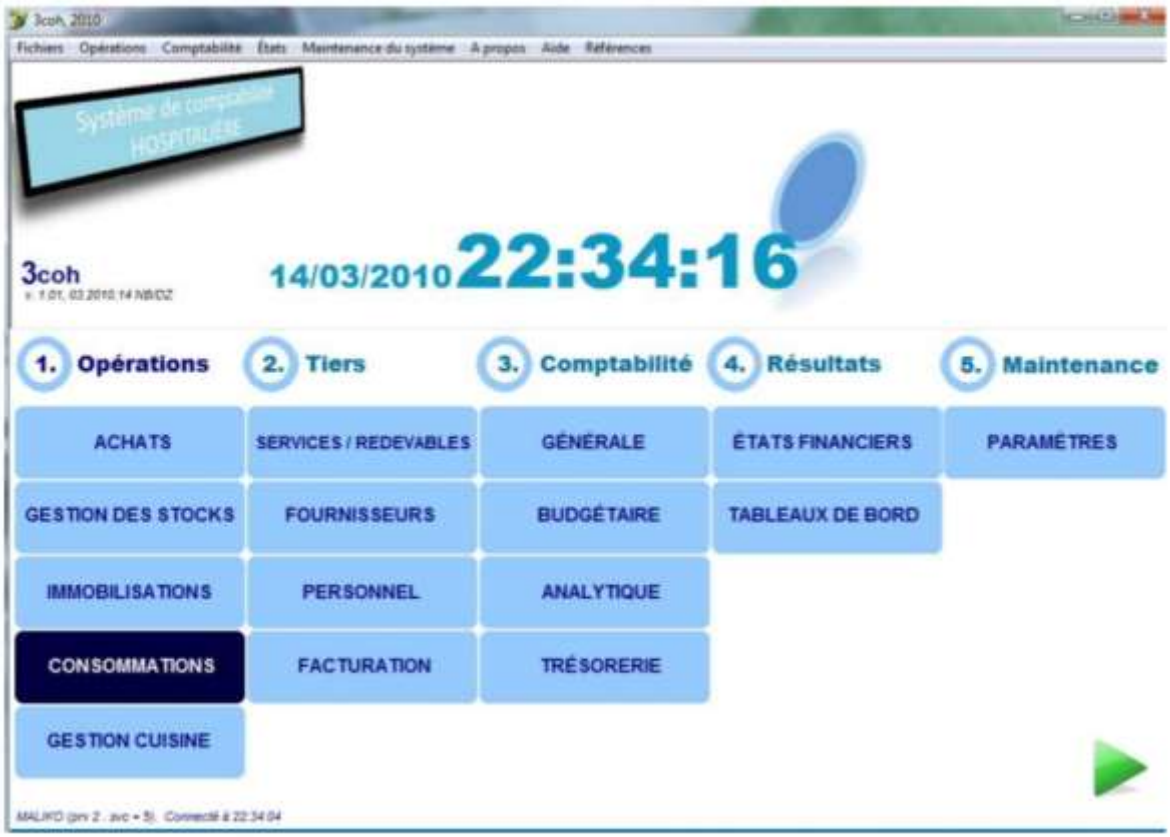
Transaction	**Module**	**Observation**
Création d'un dossier fournisseur	FOURNISSEURS	
Création du dossier d'un laboratoire	FOURNISSEURS	
Saisie d'un marché d'achat	ACHATS	
Convention avec un fournisseur	ACHAT	
Saisie d'une livraison d'un fournisseur	ACHATS	
Saisie d'une facture d'achat	ACHATS	Résultant d'un BC
Saisie d'une facture d'achat	COMPTABILIÉ (OD fournisseur)	sans BC
Saisie d'un avoir sur achat	ACHATS	Résultant d'un BC
Constatation des charges salaria les (soldes)	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)	SERVICESET REDEVABLES	
Règlement d'un fournisseur	TRÉSORERIE	
Règlement d'une chargent (hors dettes)	TRÉSORERIE (hors tiers)	
Vente au comptoir	VENTEAUCOMPTOIR	
Opérations sur patrimoine immobilisé (inventaire)	IMMOBILISATIONS	
Création d'un article en stock	STOCKS	
Opérations sur stocks	STOCKS	
Saisie (importation) du budget primitif	COMPTABILITÉBUDGÉTAIRE	
Transferts de budget	COMPTABILITÉBUDGÉTAIRE	
Création d'un dossier salarié	PERSONNEL	
Saisie des activités des services	COMPTABILITÉANALYTIQUE	

Source : Projet3COH:«Guide de l'utilisateur», Algérie, 2013.

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

Figure n° 01 : le menu principal du logiciel 3COH



Source : Projet3COH:«*Guide de l'utilisateur*», Algérie, 2013

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

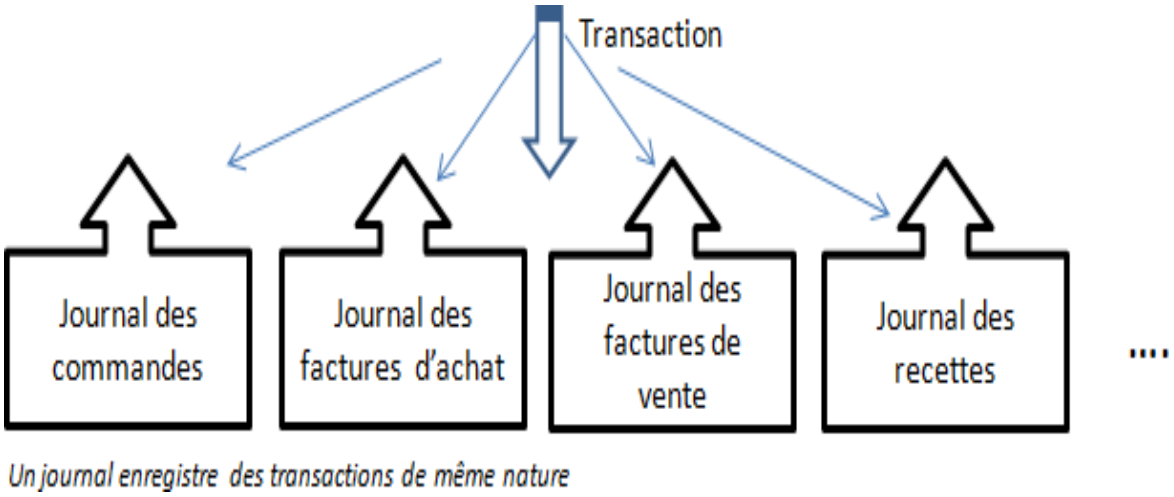
sont un ensemble complet de documents comptables et financiers permettant de donner une image fidèle de la situation financière, de la performance et de la trésorerie de l'établissement hospitalier à la fin de l'exercice. L'objectif des états financiers est de fournir des informations utiles sur la situation 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 disponibilité que du directeur de l'hôpital (le gestionnaire) et du chef de service du centre de calcul, ainsi qu'au représentant du M.S.P.R.H qui contrôle l'application du système de 3COH et l'état de l'établissement

1.2. 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. Nous parlerons du journal des commandes ou du journal des bons de livraisons ou du journal des factures d'achat, par exemple.[40]

Schéma n° 03: les journaux des transactions de même nature



Source: Projet3COH:«*Guide de l'utilisateur*», Algérie, 2013.

[40] Projet3COH:«Guide de l'utilisateur», Op.cit. . P.12

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 (nous expliquerons plus loin pourquoi) des transactions.

1.3. Saisir, mettre à jour, validé, centraliser

Nous verrons d'expliquer qu'une transaction est saisie par un usager et qu'elle alimente un journal. Une telle transaction possède toujours les caractéristiques suivantes[41] :

- Sa date (d'enregistrement) ; c'est la date de saisie que vous propose le système ;
- Son numéro unique. En effet, deux transactions de même nature ont (généralement) deux numéros distincts ;
- Le numéro de la pièce justificative qui lu a donnée 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.

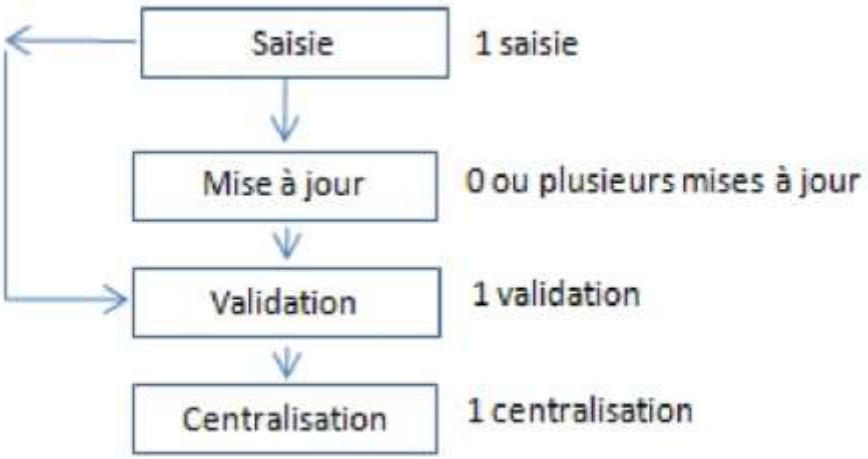
Il est toujours possible que des erreurs soient introduites au moment de la saisie d'une transaction. C'est pour cette raison que 3COH offre la possibilité de corriger (mettre à jour) toute transaction. Normalement, la mise à jour d'une transaction ne peut être exécutée par l'usager qui a créé la transaction. (Nous préciserons ce point dans la section relative à la gestion des droits d'accès et de la sécurité).

Mais, on peut se poser des questions sur la fiabilité 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 : 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.

[41] Projet3COH:«Guide de l'utilisateur», Op.cit, P.13

La dernière étape dans la « vie » d'une transaction est celle de 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 dont les états financiers .

Schéma n° 04: les étapes de la vie d'une transaction



Étapes de la vie d'une transaction

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

1.4. 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.[42]

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

[42] Projet3COH:«Guide de l'utilisateur», op.cit.P.14

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. le fonctionnement du système 3COH

Le projet de mise en œuvre d'un système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers, adopté par le Conseil des Ministres en août 2009, vise à doter les hôpitaux algériens d'un système homogène et intégré de comptabilité, comprenant à la fois une comptabilité patrimoniale (comptabilité générale), une comptabilité budgétaire et une comptabilité analytique.[43]

Pour la prise en charge de ce nouveau système, chaque établissement devra aménager une salle (qualifiée de « Centre de calcul ») spécialement dédiée à ce projet. Cette salle abritera les équipements informatiques (serveur et postes de travail) qui devront également être acquis pour la mise en œuvre du projet 3COH. Les données de gestion seront saisies par le personnel des services dans ce centre.

Le fait de regrouper les différents services dans ce centre favorisera le travail collaboratif et l'échange entre les acteurs. Il est fortement suggéré que cette salle soit proche du bureau du directeur de l'établissement.

Ce dernier devrait disposer, dans son bureau, d'un poste de travail directement connecté au serveur du centre de calcul.

Cette connexion permettra notamment au Directeur d'avoir accès à divers indicateurs de gestion (budget, stocks, consommation, activités des services …) nécessaires au pilotage de son organisation.

2.1. L'installation du logiciel 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

[43] MOULAI FAIROUZE, ZEGGANE KARIMA, Contribution à l'étude de l'apport du nouveau système triple Comptabilité hospitalière sur les pratiques de contrôle de gestion en Algérie : Cas de l'EPH d'Akbou, MASTER en Sciences Economiques, économie de santé, Université Abderrahmane Mira de Bejaïa .2013.p18.

outils informatiques, c'est le « centre de calcule ». Après cette étape principale, une série de taches doivent être réalisé, 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) ;
- 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.) ;
- L'adaptation du logiciel aux besoins et aux informations disponibles à l'hôpital (le paramétrage) ;
- Introduire la situation de départ, autrement dit l'état du système d'information de l'établissement à une date donnée bien précise ;

C'est seulement après la réalisation de l'ensemble de ces étapes que le système devient véritablement opérationnel.

2.2. Le paramétrage

Quant le système 3COH est installé, il ne peut pas être opérationnel sans la réalisation de certain nombre d'opérations préliminaires qui constituent le « paramétrage de base ».

On peut comprendre par « paramétrage » les différentes opérations qui permettent d'ajuster le logiciel aux besoins spécifiques de l'établissement. Ces opérations consistent principalement à garnir un certain nombre de « tables » qui vont constituer la « base de données» propre à l'établissement.

Une fois ces tables garnies, il faudra introduire la situation de départ pour pouvoir exécuter le système 3COH.

2.3. L'importation de la situation de départ

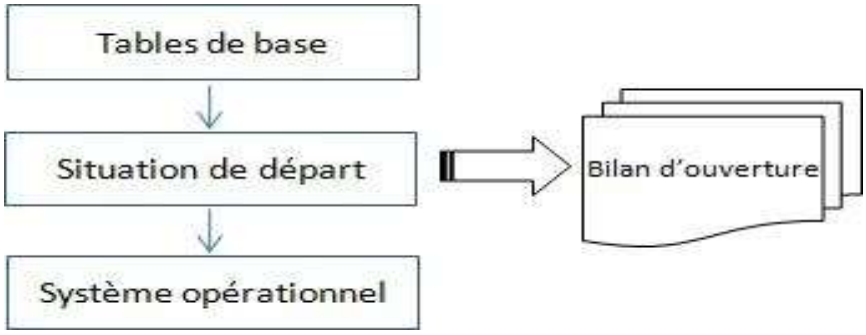
Pour pouvoir démarrer l'utilisation du système 3COH il faut, au préalable, enregistré dans la base de données la «situation de départ». Par exemple, il est retenu de saisir toutes les opérations à partir du 1er janvier 200N, cette situation de départ sera celle du 31.12.200N-1, autrement dit, il faudra 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, qui doivent être préparé ou compléter en vue de leur importation.

Après avoir importé la situation de départ, la procédure suivante c'est la « clôture » de l'exercice 200N-1. Les mouvements du mois de janvier 200N seront prêts à être saisis. 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 oblige à respecter la chronologie des opérations, autrement dit, il ne sera pas possible de faire « marche arrière » : une pièce datée d'une date D ne peut pas être saisie si une pièce de même nature a été enregistrée à une date postérieure à D.

Schéma n°05 : Les étapes de la situation de départ.



Source : Projet 3COH (2012) : «Guide de l'utilisateur », Algérie

Conclusion

Malgré l'existence de la méthode des sections homogènes dans les centres de calcul des établissements de santé en Algérie cette dernière reste insuffisante pour faire face aux évolutions rapide de système de santé et les exigences des malades aux besoins de santé qui se multiplient chaque année.

Après avoir passé en revue la nouvelle méthode comptable basée sur le système informatisé de comptabilité de gestion, on constate que la notion des coûts constitue un exercice complexe et difficile, non seulement sur le plan théorique, mais aussi en ce qui concerne les méthodes et les modalités d'application de cet outil de gestion.

En effet, le nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) permet de définir les coûts de chaque prestation d'une part et d'identifier les différents responsables d'une autre part.

En outre, une gestion efficace et efficiente des établissements publics de santé exige le passage par une meilleure prévision des moyens financiers et humains qui nécessite l'application d'un outil puissant de contrôle de gestion, à savoir celui de la comptabilité analytique de gestion hospitalière basée sur un système d'information fiable.

Néanmoins, au plan technique, une meilleure maîtrise des coûts à travers l'utilisation des outils de comptabilité analytique hospitalière nécessite l'application d'une méthode souple et efficace au niveau des établissements publics de soins, à savoir le système de triple comptabilité hospitalière (3COH).

Chapitre II :

Adaptation du 3COH dans le système de sante Algérien

Introduction

Le secteur hospitalier est en perpétuel mouvement. Les techniques évoluent, les soins s'améliorent, la structure de l'hôpital s'adapte aux nouvelles exigences des soins de santé et aux attentes du patient. La comptabilité donne les moyens de juger de sa rentabilité (introduction de la notion de résultat) et de sa solvabilité (capacité à générer de la trésorerie)

.Dans ce contexte, le M.S.R.H en collaboration avec le ministère des finances 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.

En ce sens, l'objectif de cette section est de situer l'impact que peut avoir le nouveau système 3COH sur la gestion et le financement des hôpitaux publics.

Section 01 : Présentation du système de santé algérien et son évolution

A l'instar de nombreux pays, l'Algérie dispose d'un système de santé lié essentiellement à son contexte historique, économique et socioculturel. De ce fait, elle a connu une série de réformes concernant ce secteur afin de répondre au mieux aux besoins de la population.

1.1. Le système de santé algérien

Un système de santé est la combinaison de ressources, de l'organisation, du financement et de la gestion aboutissant à la prestation de services de santé à la population.[14]

La loi sanitaire définit le système national de santé algérien comme « un ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de manière globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire»[15]

Le système national de santé est caractérisé par [16]:

- La prédominance et le développement du secteur public ;
- Une planification sanitaire qui s'insère dans le processus global du développement économique et social national ;
- L'inter sectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé ;
- Le développement des ressources humaines, matérielles et financières en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matière de santé ;
- La complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation ;
- Des services de santé décentralisés, sectorisés et hiérarchisés, en vue d'une prise en charge totale des besoins sanitaires de la population ;
- L'organisation de la participation active et effective de la population à la détermination et à l'exécution des programmes d'exécution sanitaire ;

[14]Bejean S, Economie du système de santé : du marché à l'organisation » Ed ECONOMICA, Paris, 1994, P56
[15]La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, article 04
[16]La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, article 05.

- L'intégration des activités de santé quel que soit le régime d'exercice.

1.2. Evolution des modes de financement du système de santé algérien

L'Algérie a connu différents modèles de financement depuis l'indépendance à nos jours, mais aujourd'hui, le modèle actuel n'arrive pas à combler les exigences financières en constante augmentation du secteur public, ainsi que le manque de moyens lié au vieillissement des équipements et des infrastructures .La présente réflexion vise à faire une rétrospective sur le financement de la santé en Algérie, en rappelant les différentes modalités fortement liées aux évolutions de l'économie nationale.[17]

1.2.1. Période de financement mixte (1962-1974)

En héritant du système de santé colonial, la jeune Algérie a reconduit les modalités de financement du système Français caractérisé par un financement mixte :

- L'accès aux soins des assurés sociaux des multiples régimes se faisait sur la base d'une nomenclature générale des actes professionnels et le prix de journée en cas d'hospitalisation.
- Le trésor public prenait en charge les indigents.
- Les particuliers (couches aisées et les professions libérales) payaient directement leurs soins.

Depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics en Algérie se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée "prix de journée" déterminé conjointement entre les départements (wilayas) et les organismes de sécurité sociale.

Les recettes des hôpitaux étaient constituées par les paiements effectués par :

- Les organismes de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayant droits (environ 30% DNS).
- L'État et les Collectivités Locales (Trésor et Caisse de Solidarité des Départements et Communes) pour les patients indigents détenteurs d'une carte d'indigence (60% DNS)

[17] CHACHOUA.L. Colloque international sur les politiques de santé. Le système national de santé 1962 à nos jours, Alger, MSPRH, 2014, P. 14.

- Les particuliers payaient directement leurs soins (10% DNS).[18]

Ce mode de financement a été vigoureusement critiqué en raison de ses effets inflationnistes. En effet, si les établissements désiraient un prix de journée élevé pour l'année suivante, ils devaient faire « tourner la machine à plein ». Ainsi, plus les médecins hospitalisaient et prescrivaient des actes, plus longtemps le malade restait à l'hôpital, mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque c'est la Sécurité sociale qui payait.

Ce système s'est révélé particulièrement opaque, d'autant plus que les abus et les gaspillages n'étaient pas sanctionnés, parce qu'ils ne se considéraient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la sécurité sociale. La croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter.

Malgré ses inconvénients, ce système a fonctionné pendant près de 10 ans, parce qu'il a permis, notamment, de financer la rénovation de l'hôpital.

Ainsi, si l'expansion économique des trente glorieuses a permis des avancées considérables en matière sanitaire et sociale, elle a toutefois entériné un contexte dans lequel les préoccupations des gestionnaires s'effaçaient devant la prépondérance de la logique professionnelle à l'exception de la Sécurité sociale, ils étaient tous gagnants : les malades ; les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans véritable souci de l'économie nationale.[19]

1.2.2. Période de gratuité des soins « dotation global » (1974-1988) :

En vertu du système socialiste adopté par le pays, qu'est née une volonté politique visant la construction d'un système national de santé analogue à celui fonctionnant dans les pays socialistes qui constituaient une référence pour l'Algérie.

À partir de janvier 1974, l'Algérie adopte une politique de gratuité des soins dans les structures publiques de santé (substitution des paiements directs « acte » et « prix de journée » par la formule « budget global »). Cette décision politique facilite l'accès aux soins et aux médicaments, par la suppression de l'obstacle financier, disposition bénéfique, surtout pour les plus démunis. L'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source

[18] BOULAHRIK Mohand, Financement du système de santé Algérien, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 2016, N° 33, p 03

[19] ZEHNATI Ahcéne, Reflets de l'économie sociale, Les Évolutions récentes du système de santé Algérien, Alger, CREAD, Centre de recherche en économie appliquée pour le développement, 2017,P65.

de financement des services de santé. Les dépenses de santé s'élevaient en 1973 à 874 millions de DA et représentaient environ 1,6 % (PIB).

Pour leur fonctionnement, les hôpitaux recevaient un budget global, préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire. Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux.

La mise en place de la procédure de budget global en Algérie était censée résoudre l'étranglement financier des hôpitaux induit par les retards de paiement des factures et par les difficultés de recouvrement des créances auprès des administrations et des organismes de sécurité sociale d'avant 1974.

Le principal avantage du budget global pour les bailleurs de fonds tient au fait qu'il offre un moyen simple d'assurer la prévisibilité budgétaire et de limiter l'augmentation des dépenses des hôpitaux par cette effet de levier qu'offre le budget plafonné. Le principal inconvénient de ce mode de financement est le manque d'incitation à l'efficience, notamment sur les points suivants : la qualité des soins, la performance en termes d'efficacité des établissements et l'accès aux services.[20]

1.2.3. Période de réaménagement (1988-1998) :

Il est caractérisé par contribution des ménages dans les dépenses de leurs soins et de mise en œuvre de nombreuses reformes sanitaires.

A partir de 1988, le pays a connu une grave crise économique traitée par l'application d'un sévère plan d'ajustement structurel où l'ancien mode de financement basé sur la gratuité des soins est devenu non opérationnel, rendant le financement du système problématique. Une série de premières reformes a été engagée et a porté sur les éléments suivants :

- Révision de la gratuité des soins et de la prédominance du secteur public.
- Levée du blocage institutionnel du privé qui depuis va connaitre une croissance rapide et un tant soit peu anarchique sans carte sanitaire et sans encadrement de fonctionnement et de prix pratiqués.
- Démonopolisation du marché des médicaments et des équipements médicotechniques avec une apparition rapide d'opérateurs privés essentiellement dans l'importation et

[20]ZEHNATI Ahcéne. Op.cit., p. 66, 67

dans la production locale assez timide, n'ayant pas encore atteint un niveau respectable.

- La participation financière des usagers était en progression avant d'atteindre le pic de la crise économique de 1988, par l'arrêt définitif de la distribution gratuite des médicaments en médecine ambulatoire depuis 1985, ainsi que la participation des usagers à hauteur de 20% du cout des examens, explorations et analyses depuis 1986.

La participation grandissante des ménages aux dépenses de soins a été favorisée essentiellement par l'élargissement de l'offre privée des soins au début des années 80.

L'inflation, la dévalorisation des unités monétaires, l'endettement sont de nouveaux défis pour l'État qui devient incapable de prendre en charge l'ensemble des problèmes sociaux qui sont déjà très coûteux. Les chiffres rapportent qu'en 1988 ;

- Les dépenses des ménages étaient estimées à un taux de 18,9 % de l'ensemble des dépenses nationales de santé.
- A la même date il a été enregistré que la participation de l'État était de 20 %(DNS)
- Celui de la sécurité sociale de 60,3 %. (DNS)

Durant la période où la crise économique a atteint son paroxysme à partir du début des années 90, l'État a introduit en janvier 1995, une participation financière des usagers, dans les établissements publics de santé. Les tarifs qui étaient fixés par arrêté interministériel du07 janvier 1995 à 50DA pour une consultation de soins généraux sont passés à 100DA. Le prix des consultations spécialisées qui était de 100DA est passé à 200DA et le tarif pour une journée d'hospitalisation est passé de 200 à 700 DA la journée. Les revenus de ces nouvelles participations étaient ventilés à la hauteur de 60% au profit des travailleurs, 20% destinés au budget des établissements et 20% pour l'amélioration des conditions d'accueil et de restauration. Le tableau suivant renseigne sur l'évolution du financement de santé selon les agents de financement.[21]

[21]ZEHNATI Ahcéne. Op.cit., p. 66- 67

Tableau n° 2 : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (1970-1999)

Unité : Milliards de DA

Agents de financement	**1970**	**1980**	**1990**	**1996**	**1999**
ETAT	0 ,3	1,9	10,9	30,5	38,5
S.SOCIALE	0,1	3,1	14,2	57,8	70,2
MENAGES	-	1,8	6,6	21,0	25,0
TOTAL	**0,4**	**6 ,8**	**31,7**	**109,3**	**132,7**
DNS/PIB	**1,7**	**4,2**	**5,7**	**4,3**	**4,2**

Source : Elaboré par Ahcéne ZEHNATI, sur la base des budgets du Ministère de la Santé, de la sécurité sociale et des estimations basées sur des moyennes de Consultation auprès du secteur privé.

*Les données sont celles des CNS élaborées par le ministère de la santé.

On remarque une évolution notable de la dépense nationale de santé (DNS) par rapport au PIB, avec une très forte contribution de la sécurité sociale.

1.2.4. Période de croissance (1999-2014) :

Grace au renchérissement des prix des hydrocarbures durant la décennie 2000 et jusqu'à 2014, l'Algérie a continué d'enregistrer une croissance économique positive : Le PIB a progressé en moyenne annuelle de près de 5% durant cette période. Bien qu'il y ait encore de grandes disparités entre les revenus et les régions, il faut reconnaitre que le pouvoir d'achat de nombreuses couches d'algériens s'est amélioré jusqu'à les inciter àvoir souvent recours aux services de santé du secteur privé. Ce dernier a connu une rapide expansion notamment dans sa composante hospitalière (cliniques) et médico techniques (appareillage médical avec des technologies de pointe, IRM, scanners de dernière génération, centre de radiothérapie, laboratoire d'analyse…).

En 2013 on a dénombré prés de :

- 20 000 cabinets médicaux privés.
- 170 cliniques spécialisées avec hospitalisation disposant de 2.200 lits.

- 160 centres d'hémodialyse.
- 56 cliniques chirurgicales ophtalmologiques et ORL.
- 4 centres d'appareillages médicaux.
- 2 centres de diabétologie.
- 3 centres de rééducation fonctionnelle.
- 800 centres de soins généraux.
- 300 entreprises de transport médicalisé.
- 16 centres de procréation médicalement assistée.
- 36 laboratoires d'analyses médicales[22]

Le secteur privé s'est considérablement développé en dehors d'une carte sanitaire et de normes réglementaires d'encadrement de la nature des soins et des activités à prendre en charge, son développement s'est opéré selon la sacro-sainte règle de rentabilité financière.

Quant au secteur public, il n'a pas connu de développement significatif pour répondre à une demande de santé en forte croissance notamment pour les maladies émergentes (cancer, diabète, maladie cardio-vasculaire, accouchements compliqués)

Ce sont les populations rurales, celles des régions du sud et des quartiers défavorisés des villes qui éprouvent des difficultés à accéder aux services spécialisés des hôpitaux publics en insuffisance criarde d'équipements, de médecins spécialisés et de médicaments.

Conséquemment aux facteurs précédemment expliqués, la dépense nationale de santé des ménages a continué à croitre. Les résultats de la dernière étude sur les comptes nationaux de la santé de l'Algérie montrent une forte croissance de cette dépense notamment à partir de 2011[23], comme le démontre le tableau qui suit.

[22]Statistique MSPRH 2012/2013, disponible sur le site www.sante.gov.dz, consulté le 13/09/2022
[23]ZEHNATI Ahcéne. Op.cit., p. 68, 69

Tableau n° 03 : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (2011-2012).

Agents de Financement	**2011**	**%**	**2012**	**%**	**Evolution(%) 2011/2012**
État	376,2	44,3	404,8	44,3	7,6
Sécurité-social	186,0	21,9	195,0	21,3	4,8
Ménages	214,2	25,2	226,2	24,7	5,6
Assurances	1,0	1,0	1,5	0,3	50,0
Mutuelles	6,0	0,7	7,0	0,7	16,7
Secteur Médicale Privé	60,01	7,0	70,0	7,7	16,7
Entreprises Économiques privée	0,5	0,1	0,7	0,1	40,0
Entreprise économiques Publiques	5,0	0,6	8,0	0,8	60,0
Coopération International	0,8	0,1	0,9	0,1	12,5
TOTAL DNS	**849,7**	**100**	**914,1**	**100**	**7,6**

Source : construit par Ahcéne ZEHNATI sur la base de données ONS, MSPRH, Sécurité Sociale et estimations

Entre 2011 et 2012, la part des dépenses de santé des ménages a progressé de 5,6%, dépassant la progression de la sécurité sociale qui est de 4,8%. Ce qui est jugé anormal.

1.2.5. Situation sanitaire actuelle et condition de santé de la population :

Le système de santé algérien doit s'adapter à deux transitions concomitantes : transitions démographiques et épidémiologiques.

La transition démographique est complexe et se traduit par une croissance rapide de la population, couplée d'un vieillissement sensible, avec une forte progression de la tranche des

60 ans et plus. Dans le même temps, la tranche des moins de 15 ans, dont la croissance reste continue, représente encore une part très significative de la population.

D'un point de vue épidémiologique, le pays est confronté à la fois aux priorités sanitaires des pays en développement et celles des pays développés ;

- Des mortalités maternelles et infantiles encore anormalement élevées.
- Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de certaines maladies infectieuses oubliées (hydrique, tuberculose,)
- Une augmentation régulière et soutenue des pathologies digestives, cardio-vasculaires, diabète, asthme,)
- Une augmentation alarmante des pathologies graves et très lourdes à prendre en charge (cancer, maladies métaboliques…)
- Une forte prévalence des accidents domestiques et de la route qui nécessitent la prise en charge des traumatismes lourds avec d'importants moyens chirurgicaux.[24]

À titre indicatif, les premières causes de décès actuels sont : les cancers, les traumatismes (morts violentes, liées essentiellement aux accidents de la route), les maladies cardio-vasculaires, et les infections périnatales*.

Les transitions épidémiologiques et démographiques imposent au système de santé algérien de se transformer à nouveau pour assumer les nouvelles pathologies et les nouveaux patients, rendant indispensable une évolution structurelle de ce système, en particulier sur son volet financier et organisationnel.

Un plan national santé a été présenté en 2006, puis actualisé en 2008, afin de moderniser la santé et la rendre plus efficace. Cependant, ce plan n'a pas fait l'objet d'une évaluation factuelle et transparente des réalisations et des résultats obtenus à mi-parcours.

- En 2006, 38 programmes de santé publique ont été lancés, dans le coût a été évalué après de 200 milliards de DA financés à horizon 2009, avec une volonté« d'évaluation à mi-parcours » non datée de ces programmes.

[24] Rapport NABNI 2020, Cinquante chantiers de rupture pour bâtir l'Algérie de 2020, Alger, NABNI, 2013, disponible sur le site, www.nabni.org, consulté le 13/09/2022.
*la transmission des infections de la mère a l'enfant

- En 2012, cette évaluation n'a pas encore été réalisée, ou du moins ses résultats n'ont pas été rendus publics. Cette évaluation est un pré requis essentiel tant pour la poursuite des réformes que pour valider ses axes de refonte du système de santé.

On enregistre aussi un accès inégal aux soins pour les citoyens, tributaires de leurs positionnements géographiques et de leurs moyens.

- Une implantation inégale des infrastructures hospitalières sur le territoire avec une surconcentration en zone littorale et urbaine, à laquelle s'ajoute un retard relatif par rapport aux pays du benchmark en matière d'infrastructures de base et de ratio lits hospitaliers/ habitants :
    - Une couverture médicale disparate (ex : 1,52 médecins pour 1000 hab. dans le Centre 0,81 pour 1000 hab. dans le Sud Est ; 1 spécialiste pour 733 hab. à Alger, contre 1 spécialiste pour 12 827 pour Djelfa).
    - Des populations rurales qui sont encore à une distance géographique élevée des infrastructures hospitalières et se sentent dès lors délaissées.
- Une part du reste à charge des ménages qui, au dire d'experts, dépasserait les 40% de la dépense en santé et creuse de fait les inégalités d'accès. On constate également une structure de la Dépense Nationale de Santé (DNS) déséquilibrée avec une part des ménages de près de 30%, celle de l'État à 40% et les 30% restants à la charge de l'Assurance Maladie.
- Selon les experts, une prépondérance des spécialistes au détriment des généralistes, avec un recours quasi systématique au spécialiste en première intention de consultation.
- Des ruptures récurrentes et de longue durée dans l'approvisionnement en médicaments et en produits de santé.[25]

L'efficacité du système de santé algérien demeure faible à la vue de l'état sanitaire des Algériens par rapport à des pays à revenu comparable, malgré les moyens relativement importants qui ont été mobilisés. La part du PIB actuellement consacrée à la santé reste relativement faible en Algérie (près de 6% en 2010), comparée aux pays du benchmark et aux standards internationaux (entre 7 et 10%).

[25] Rapport NABNI 2020.Op.cit., p, 36

1.3. Analyse de l'offre de soins :

La santé publique a pour objectif d'assurer une offre de soins adaptée à la diversité des besoins de santé et la plus grande égalité possible des citoyens face à la maladie.

La notion d'offre de soins peut s'appréhender par :

- L'accès aux soins de premier et second recours,
- Les acteurs (professionnels de santé et établissements de santé),
- L'organisation du parcours de soins centrée autour du patient.

L'organisation de l'offre de soins doit répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Les enjeux géographiques et démographiques doivent donc être pris en compte dans le respect des principes de continuité, de sécurité et coordination du parcours de soins du patient[26]

L'offre de soins (ou capacité de soins) est déterminée en général par la totalité des moyens structurels et humains mis à disposition en intégrant ainsi la majorité des coûts des prestations. L'offre constitue ainsi un élément fondamental et incite aussi la demande.

En effet, si l'offre est plus étendue, cela incitera la population à plus d'utilisation de cette offre. Si par contre, l'offre est insuffisante, cela mènera à sous-traiter les prestations pour la population donnée du bassin en question. C'est la raison pour laquelle une bonne détermination de l'offre de soins dans un territoire géo sanitaire donné est indispensable.

En principe, l'offre de soins est déterminée par pôle de spécialités et par niveau de hiérarchie de soins. L'adéquation entre l'offre et les besoins de la population peut être comparée à l'aide des indicateurs qui sont les suivants :

- Relation entre le bassin de population couvert et l'offre de soins : nombre de lits, heures de consultations externes, professionnels/ 10.000 habitants par spécialité
- Les soins délivrés par rapport au bassin d'admission, par groupe de spécialités (nombre d'hospitalisations, de consultations, d'actes chirurgicaux/ 10.000 habitants par spécialité.)

[26]BENOIT Christine, Manager un établissement de santé, 2e éd, Le Mans, Edition GERESO, 2015, p, 15, 16.

On pourrait croire que l'analyse peut s'effectuer par la seule planification sanitaire centrale, selon le nombre, la démographie et les facteurs socio-économiques de la région.

Or cette planification ne tient pas compte des facteurs locaux, à savoir, la performance des équipes et l'usage local des capacités de traitement qui peuvent influencer profondément l'offre de soins est à mettre en œuvre au bénéfice de la population.

Il est important de se demander si les hôpitaux classiques (locaux) assurent leurs missions et remplissent leurs fonctions. Dans le cas contraire, on aura une forte affluence des patients qui ne relèvent pas forcément de la fonction d'un CHU par exemple, et ce dernier ne pourra pas se concentrer sur sa mission fondamentale, à savoir : le soin de haut niveau, la formation et la recherche[27]

Pour répondre au mieux aux besoins de la population algérienne une réorganisation du système national de santé a été effectuée en 2007, individualisant ainsi les structures hospitalières :

- Un établissement hospitalo-universitaire (EHU),
- Des centres hospitalo-universitaires (CHU),
- Des établissements hospitaliers spécialisés (EHS),
- Des établissements publics hospitaliers (EPH),
- Des établissements publics de santé et de proximité (EPSP)[28]

1.4. Les sources de financement des hôpitaux

L'actuel système de financement en Algérie est basé sur trois principales sources[29] :

- L'État
- La sécurité sociale
- Les Ménages

[27] Unité d'Appui au Programme Polyclinique GaridiII, disponible sur le site http://www.pass-ue.dz.Consulté Le 13/09/2022.
[28] MSPRH, organisation sanitaire, disponible sur le site www.sante.gov.dz, consulté le 23/09/2022.
[29]LAMRI, M. Le gestionnaire. Op.cit. P. 27.

1.4.1. L'État

Garant de la santé du citoyen, il alloue des ressources considérables, il assure à la fois le budget de fonctionnement des hôpitaux mais aussi les budgets d'investissements.

Toutefois, dans le contexte actuel de déficits budgétaires, l'État éprouve des difficultés dans la mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé. Il est attendu que la sécurité sociale soulage de ce goulot d'étranglement dans lequel se retrouve l'état algérien des suites de la crise économique qui touche le pays.

1.4.2. La sécurité sociale

C'est un régime obligatoire unifié, couvrant plus de 70% de la population, ses dépenses sont de trois natures,

- Le forfait hôpitaux,
- Le financement des malades algériens transférés pour des soins à l'étranger,
- Le remboursement des frais médicaux et des produits pharmaceutiques.

Nous allons nous intéresser plus aux dépenses liées aux forfais des hôpitaux qui constituent une source financière pour les établissements publics de santé, et qui devraient être revus en hausse, dans un cadre contractuel et préétabli avec les hôpitaux publics. Sauf qu'il existe actuellement une discorde dans la tarification des actes entre les établissements de santé et la sécurité sociale ce qui s'ajoute à l'absence totale d'un réseau de communication entre ses derniers qui retardent fortement le processus de contractualisation[30]

1.4.3. Les ménage :

Insignifiant avant 1974, ce poste de dépenses a rapidement évolué, encouragé notamment par la levée des obstacles institutionnels à l'offre privée de santé. La forte pression exercée sur les services publics impliquant une qualité moindre et l'existence de la couverture sociale élargie à des couches sociales fragiles, expliquent ce développement du secteur privé.[31]

[30]LAMRI, M, le gestionnaire. Op.cit. P. 28.
[31]Ibid.

Section 2 : Le financement du système de santé algérien

En Algérie, le financement de la santé reste une préoccupation majeure pour les pouvoir publics et la population. Il doit être fondé sur la solidarité nationale afin d'atteindre l'8accessibilité de soins de santé pour tous, a partir de janvier 1974 c'est l'instauration de la gratuité des soins dans les structure publique, le système de santé à principalement été financé par deux bailleur de fonds : le budget de l'état et la sécurité sociale[32]

Les modes de financements de la santé ont été énumérés dans la charte de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985.

2.1. Les sources de financement de la santé en Algérie

Le financement du système de santé algérien relève de plusieurs sources de financement sont les suivantes : l'Etat, les caisses de sécurité sociale, les ménages, les mutuelles et les collectivités locales.[33]

[32]BOULAHBAL. B : «besoin sociaux à l'Horizon 2025 », l'Algérie de demain, Alger, décembre 2008, in http://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/06423.pdf consulté le 20/09/2017.

[33] ART. 228- Le financement des services publics de santé est assuré par l'État. Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

ART.229. - Les entreprises et administrations concourent au financement de la santé, dans le cadre des actions programmées conformément à la législation et à la réglementation relative aux œuvres sociales.

ART.230- Les collectivités locales participent au financement des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur

Art. 231. - Les bénéficiaires de soins peuvent être appelés à contribuer au financement des dépenses de santé, dans le respect des dispositions de l'article 22 de la présente loi. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 232. - La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisation à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé, et est soumise aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés. Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art. 233. - Les entreprises, les organismes publics et les collectivités locales peuvent être appelés également, à concourir au financement de réalisation à caractère sanitaire, selon les procédures en vigueur en matière d'investissement planifié

2.1.1. L'Etat

L'Etat prend en charge les dépenses de fonctionnement et d'équipement alloués annuellement au ministère de la santé et de la population[34].Différents programmes de prévention et de lutte contre les principales maladies ont été entrepris et de gros investissements liés à la construction des établissements publics sanitaires et hospitaliers sont pris en charge par l'Etat.

2.1.2. La sécurité sociale :

La sécurité sociale couvre les assurances sociales qui offrent des prestations aux profits des assurés. Elle prend en charge le remboursement des médicaments (80% du taux de responsabilité et 100% pour certaines pathologies comme les maladies chroniques) et des soins des patients transférés à l'étranger.

2.1.3. Les ménage :

La participation des ménages au financement prend plusieurs formes : le ticket modérateur, quant aux ménages non assurés ils prennent en charge la totalité des frais de médicaments,

2.1.4. Les mutuelles :

L'article 06 de la loi 90-33 stipule que les travailleurs salariés d'institutions, d'établissement publics, d'entreprises publiques et privés et les personnes exerçants pour leur propre compte peuvent constituer des mutuelles[35]. Les mutuelles interviennent dans la prise en charge des 20% de dépenses des adhérents et ayant droit.

2.1.5. Les collectivités locales :

Les collectivités locales participent au financement de la santé à travers le financement des actions de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire.

[34]ZIANI .Z : « Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012, p. 38.
[35] MSPRH: Compte nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003, p.45.

2.2. Evolution des sources de financement de la santé en Algérie

Depuis l'indépendance, l'Etat algérien a accordé une grande importance pour le secteur de la santé et son financement. La participation de l'Etat dans le budget du secteur sanitaire se trouve au niveau du budget de fonctionnement ainsi que le financement de la totalité du budget d'équipement ou d'investissement. Il participe sur la base des cahiers des charges et la budgétisation des programmes de préventions.

L'évolution de cette participation a pris une ampleur avec l'instauration de la gratuité des soins en 1974. En effet, la contribution de l'Etat au financement du système de santé était à plus de 76,51 % en 1974, mais cette contribution a diminué au fil des années, surtout au milieu des années quatre-vingt, ceci est dû à la crise et à la chute brutale des prix du pétrole qui a eu un effet négatif sur les recettes et le budget de l'Etat, où on a constaté des taux de contribution qui s'élèvent à 48,04 % en 1983, et seulement 36,60 % en 1986. La diminution des participations de l'Etat a été compensée par la contribution des organismes de la sécurité sociale dans le financement du système de santé.

À partir des années 2000, et avec l'amélioration des recettes de l'Etat, on assiste à une hausse de la contribution de l'Etat dans le financement des dépenses de santé, les taux sont passés de 42.56 % en 1999 à 81,53 % en 2009, et l'Etat redevient le financeur principal du secteur de la santé.

A partir de 2005[36], la participation des ménages commence à décroitre. 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 année, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des ressources plus larges et qui permettent à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé. (Cf. Tableau 4)

[36] ZIANI.L, ZIANI.Z (2012), Op, Cit., p. 7

Tableau n°04 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % de dépenses de santé.

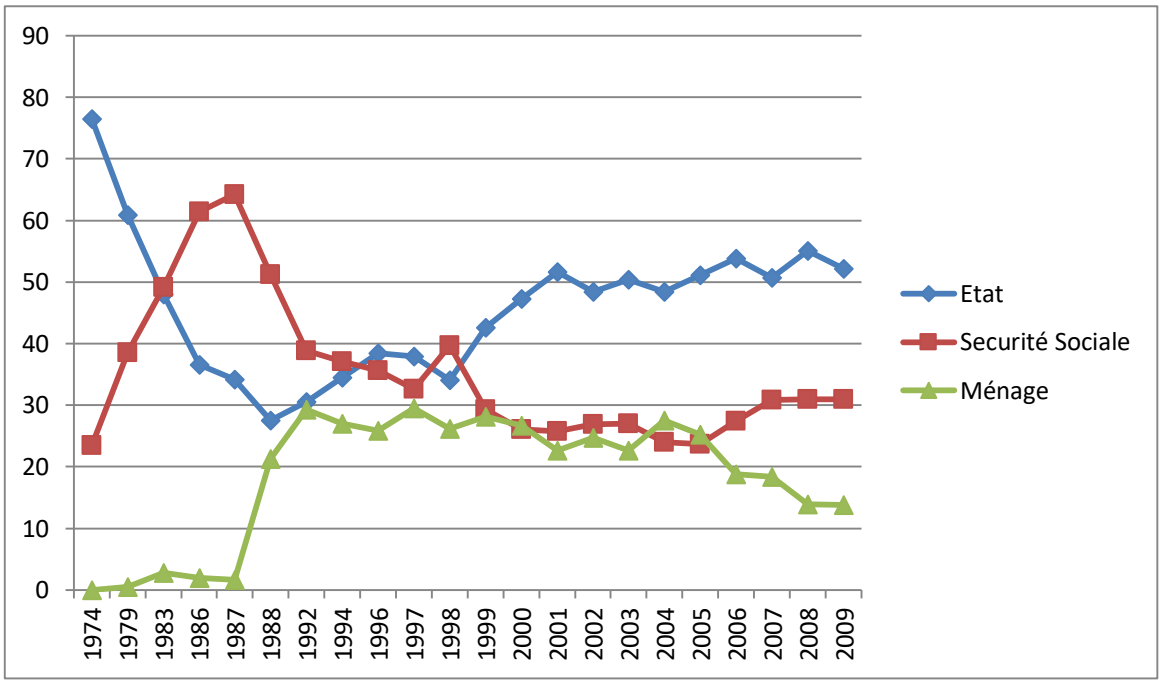
Années	Etat	Sécurité Sociale	Ménage
1974	76,51	23,49	0,00
1979	60,88	38,58	0,54
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,60	61,40	2,00
1987	34,21	64,20	1,59
1988	27,50	51,20	21,30
1992	30,50	38,87	29,30
1994	34,50	37,10	27,00
1996	38,45	35,64	25,90
1997	37,93	32,57	29,50
1998	34,09	39,70	26,20
1999	42,56	29,33	28,10
2000	47,27	26,02	26,70
2001	51,62	25,77	22,60
2002	48,42	26,88	24,70
2003	50,38	27,01	22,60
2004	48,43	24,01	27,50
2005	51,16	23,63	25,20
2006	53,80	27,40	18,80
2007	50,70	30,90	18,40
2008	55,10	31	13,90
2009	55,20	31	11,80

Source : KAID.T N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue Internationale de sécurité sociale n°4 vol.57, Edition 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

Le tableau n°04 montre l'importance des sommes engagées pour la santé et du rôle joué par les deux principaux financeurs de la santé, en l'occurrence l'Etat et la Sécurité sociale. Les données traduisent une situation où l'Etat était le principal financeur de 1974 à 1983, il se désengage à partir de 1986 jusqu'à 1994, à partir de 1996 il regagne sa position initiale.

En revanche, il convient de noter que les chiffres du tableau 1 ne reflètent pas les dépenses réelles des ménages, puisque ces données sont évaluées sur la base des tarifs Officiels des actes médicaux et paramédicaux, datant de1987.Ces mêmes tarifs servent de base pour le remboursement des assurés sociaux ,où les tarifs des consultations chez le médecin généraliste ,le médecin spécialiste et le chirurgien-dentiste ont fixées respectivement à 50DA ,100DA et 40DA , toute fois ,les tarifs appliqués par ces mêmes médecins y sont largement au de là .Sur tout que les malades sont contraints de recourir le plus souvent aux services des praticiens privés ,du fait de la mauvaise qualité des soins offerts par les structures publiques et de longue liste d'attente. Cette situation a développé une médecine à deux vitesses.

Figurent n°02: Evolution des sources de financement de la santé en Algérie

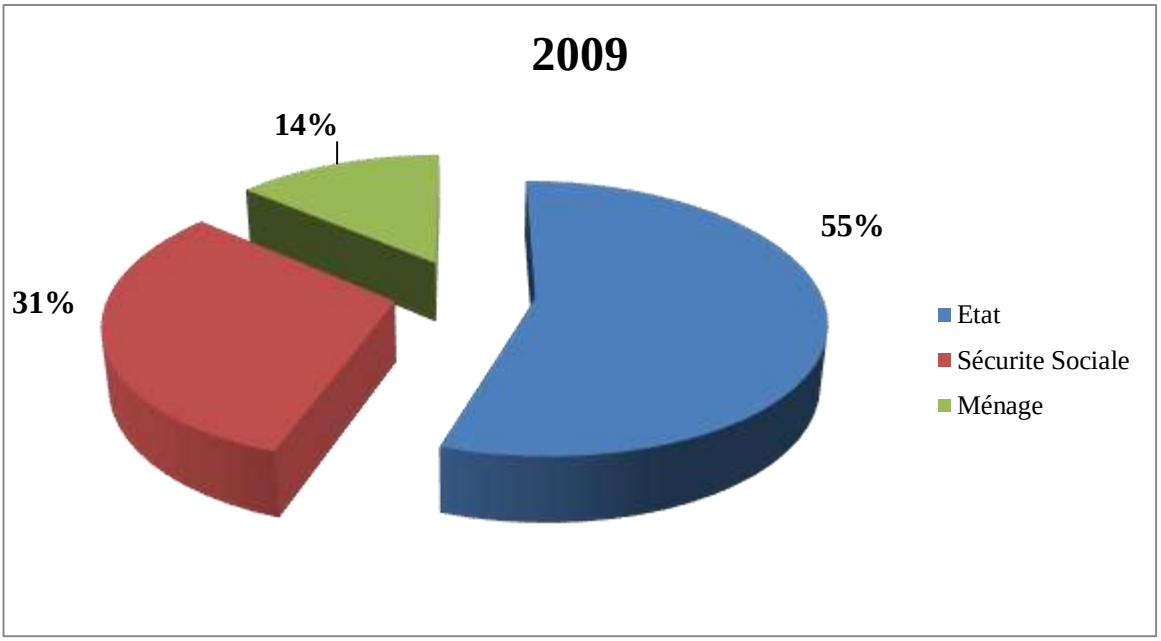


Source : réalisée à partir des donnés du tableau n° 3

L'Etat, la Sécurité sociale et les ménages sont les trois principaux acteurs qui interviennent dans le financement de la santé. En Algérie, les ressources qui peuvent être allouées à ce secteur sont tributaires de la conjoncture économique.

En 2009, la part des dépenses des sécurités sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 31% et la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé était de 55,2%. Quant à la participation des ménages, elle est de 13,8%.**(Cf.figure2).**

Figure n°3: Les sources de financement d la santé en Algérie en 2009



Source : réalisée à partir des donnés du tableau n° 03

Section3 : Evaluation du 3COH dans les établissements publics de santé en Algérie

La mise en place d'un système de gestion à triple comptabilité au sein des établissements hospitaliers est certes un défi de taille, mais elle devient une nécessité pour une saine gestion : maîtrise des budgets, suivi du patrimoine et gestion des coûts.

1.évaluation générale sur le système triple comptabilité hospitalière

Le Ministère des Finances a été chargé au cours de la réunion du Conseil Inter Ministérielle du 21 octobre 2008 de mettre en place, en relation avec le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, un système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers. [37]

Ce système a été Inspiré du Système Comptable Financier (SCF, loi no 07 du 25/11/2007), le système comptable des hôpitaux a été spécifiquement développé pour les besoins des établissements hospitaliers Algériens[38] conformément à l'accord de Monsieur le Premier Ministre ce projet aura un coût global de 210.610.000 DA dont 198.610.000 DA inscrit à l'indicatif du Ministère des Finances.

En effet ce système est mis au point par, un consultant Algérien. Il tient compte des réalités nationales, il implique la communication et le transfert de données en cas d'urgence et le tout est calculé au plus près. Pour la réalisation de ce projet le MSPRH en accord avec le ministère des finances a fait appel à une équipe de projet composée du cabinet de l'expert-comptable Djamel DJERAD et du bureau PRESENCES International ce groupe d'experts a été choisi en raison de l'expérience acquise dans le domaine des EPA et notamment des établissements hospitaliers à l'occasion des travaux qu'ils ont eu pour le compte du Ministère des Finances et qui ont abouti à l'élaboration d'un projet de Plan Comptable des EPA adossé à un logiciel informatique.[39]

Ces experts ont présenté un plan complet pour la mise en œuvre du système informatisé de comptabilité de gestion comprenant entre autres la conception d'un logiciel, la formation

[37] http://www.mf-dgc.gov.dz
[38] PRÉSENCES INTERNATIONAL, Manuel de comptabilité hospitalière septembre 2013
[39] Op-cit, http://www.mf-dgc.gov.dz

des formateurs, le déploiement du système et son suivi sur les 300 établissements hospitaliers Algériens.

La mise en œuvre de ce projet se déroulera en 2 étapes majeures :

1.1. Première étape

1.1.1. L'implantation et la validation des systèmes dans les 13 sites pilotes :

Cette phase a démarré le mois de septembre 2009 par l'étude diagnostic des systèmes d'information de 13 sites reconnus comme pilotes :

- CHU Blida ;
- CHU Oran CHU Mustapha ;
- CHU Bab-El-Oued ;
- CHU de Batna ;
- CHU Beni-Messous ;
- CHU Sidi-Bel-Abbès;
- EH Koléa ;
- EH Skikda;
- EH Bologhine ;
- EHS Drid Hocine ;
- EHS Dr Maouche ;
- EHU Oran ;
- EPSP Sétif.

Pour réaliser l'implantation et la validation des systèmes dans les 13 sites pilotes il faut passer par :

1.1.2. L'étude diagnostic consiste à :

Recenser des utilisations existantes ou souhaitées de la comptabilité analytique au sein d'un échantillon le plus vaste possible d'hôpitaux;

Faire l'inventaire des besoins en matière de connaissance des coûts tant au niveau des hôpitaux, qu'aux structures centrales comme le Ministère de la santé; Recenser les systèmes de codification existants (actes, maladies, fonctions, …) utiles à la mise en place de la

comptabilité analytique; Faire l'inventaire des outils (manuels de procédures, fiches de saisie, logiciels, …) de la comptabilité analytique hospitalière[40].

Élaborer un modèle normalisé d'organisation du système d'information de gestion de l'établissement susceptible d'être pris en charge par le logiciel.

Préparer l'environnement au sein de l'établissement en vue de la mise en œuvre du système de comptabilité de gestion informatisée.

A la fin de cette étape, chacun des sites s'est doté d'une salle entièrement aménagée et équipée pour être le « centre de traitement des données » dédié spécialement au projet 3COH.

1.2. Deuxième étape

1.2.1. Le déploiement sur l'ensemble des sites

L'extension aux établissements hospitaliers restant a débuté le mois de juin 2010 par un programme national de formation action.

La réalisation d'un tel plan de mise en œuvre ne peut être possible sans le recours aux personnels compétent et qualifié au niveau des établissements hospitaliers, à cet effet des groupes de travail comportant à la fois un gestionnaire ; un comptable et un informaticien ont été désignés.

Face à un projet qui amène un changement majeur en incitant au travail collaboratif, au partage et à la rigueur dans le travail, la définition précise des missions des membres de l'équipe de projet vise à la fois à conforter chacun dans son rôle et à éviter la dilution des responsabilités[41].

La mise en place d'un système de gestion à « triple » comptabilité au sein des établissements hospitaliers est certes un défi de taille, mais elle devient une nécessité pour une saine gestion : maîtrise des budgets, suivi du patrimoine et gestion des coûts. Sa gestion ne peut être envisagée sans le recours à l'outil informatique au moyen d'un SIG (système intégré

[40] http://www.mf-dgc.gov.dz
[41] Ibid

de gestion) qui permet, à partir d'une saisie unique, d'alimenter les trois sous-systèmes de comptabilité. Tel est le sens du système « 3COH »[42].

2. L'impact du système triple comptabilité hospitalière dans les établissements publics de santé en Algérie :

A partir de 2008-2009, l'Algérie reconnaît la nécessité absolue de réformer son système de santé et de l'adapter aux standards internationaux de la modernité. Et pour ce faire, l'Etat algérien donne son accorde pour doter le ministère de la Santé d'un système de gestion à triple comptabilité au sein des établissements hospitaliers. Il s'agit de la mise en œuvre d'un nouveau système d'information compatible appelé 3COH.

Ce nouveau système de Gestion des Établissements de santé publique avait coûté à l'époque au Trésor Public une enveloppe de 28 milliards de centimes. 22 milliards de centimes ont été dépensés par le ministère des Finances qui devait se doter également de ce nouveau système de gestion, et 06 milliards de centimes pour le ministère de la Santé.

Comme ne l'avons dis déjà que le système 3COH est, en réalité, une application informatique basée sur le principe de la "triple comptabilité hospitalière" : comptabilité générale, pour calculer les charges ; comptabilité budgétaire pour calculer les dépenses et comptabilité analytique pour calculer rigoureusement le coût de l'acte médical. Le système 3COH avait été mis au point par Nadhir Belbahri, consultant algérien de renommée internationale et spécialiste en système d'information établi au Canada et qui a tenté ces dernières années de développer des projets en Algérie avec pour principal objectif de permettre aux institutions de son pays de se doter de système d'information capable de recueillir les communications et transferts de données en cas d'urgence et le tout est calculé au plus près en toute transparence. Le gouvernement algérien succombe ainsi à la« tentation » de la transparence à partir de 2009 puisque le ministère de la Santé et le ministère des Finances avaient été instruits de se doter de ce système.

Au-delà des frais d'acquisition de l'application informatique, les autorités algériennes ont consenti également à des investissements consistant à procéder au réaménagement et l'achat des équipements informatiques au profit de 300 centres de calcul à travers le territoire national. La création des premiers centres de calcul a couté des milliards de DA au ministère

[42] http://www.mf-dgc.gov.dz

de la Santé car chaque centre de calcul contient un serveur, une armoire de brassage et au moins 15 puissants ordinateurs. Chaque centre était aménagé selon la taille et besoins réels de l'établissement de santé publique (CHU, EHU, EPH, EHS, EPSP). Chaque centre de calcul était équipé d'une imprimante en réseau. En parallèle, l'entreprise qui parraine le projet, à savoir Présences Internationales, a formé des centaines d'employés gestionnaires, comptables et des techniciens et ingénieurs ou informaticiens à partir de 2009 jusqu'à 2018.

Les débuts sont prometteurs et les avantages de ce projet sont multiples. Assurer la transparence dans la gouvernance des hôpitaux algériens, éliminer la pénurie des médicaments dans nos hôpitaux en recherchant dons les bases de données des établissements de santé qui ont un surplus de tout médicament et ainsi transférer ces médicaments à un autre établissement de santé qui en a besoin en toute urgence, le transfert des équipements médicaux qui sont inutilisables dans certains établissements à d'autres établissements qui en ont le plus besoin, mettre entre les mains des gestionnaires, qu'ils soient locaux ou centraux (ministère) des informations régulièrement actualisées et mises à jour en temps réel grâce à des bases de données fiables et accessibles à n'importe quel moment, des bases de données connectées via un DATA-CENTER installé au niveau du siège du ministère de la Santé à Alger, bref ce système 3COH était totalement révolutionnaire et permettait à l'Algérie de moderniser enfin son système de santé archaïque.

Un système qui devait garantir une transparence totale dans la gestion des ressources humaines et les salaires du personnel soignant ou paramédical algérien. Un système qui pouvait gérer et tracer tous les achats des établissements publics de santé. Un système qui pouvait identifier les importateurs ou fournisseurs de tout le secteur de la santé algérien.

Le système 3COH devait aussi offrir une comptabilité analytique (calcul des coûts, le coût d'une hospitalisation, d'une séance de chimiothérapie, d'une séance d'hémodialyse, etc..) nécessaire à la rationalisation des dépenses de la santé en Algérie.

Ce même système permettait de repérer les équipements médicaux en cours d'utilisation ou en pannes. L'application 3COH permettait de dresser la comptabilité budgétaire en temps réel des hôpitaux et établissements algériens. L'acquisition et la consommation de tous les produits pharmaceutiques et autres produits alimentaires, fournitures de bureau, carburants, produits d'entretiens, tous les achats des hôpitaux algériens pouvaient enfin être traçables et

suivies en temps réel sans oublier que les patients algériens devaient disposer d'un dossier médical électronique pour améliorer leur prise en charge hospitalière.

En 2013, le ministère des finances a assuré le suivi de ce projet et le ministère de la Santé a fait de même. Le secrétariat général du ministère de la santé avait délivré une Instruction n°08 en date du 17 Octobre 2013 et relative à l'application de ce système 3COH. Malheureusement, un lobby puissant intervient pour saboter la progression de la généralisation du système 3COH à travers les hôpitaux algériens.

Les rumeurs se propagent vite, les mensonges sont colportés un peu partout à travers le pays : ce système est trop coûteux, il ne fonctionne pas, il n'est pas opérationnel, il renforce la bureaucratie, etc. Une campagne de désinformation sans précédent a été orchestrée par le lobby des importateurs, affairistes mercantiles pour semer le doute et la zizanie au sein du gouvernement.

Un autre courrier du secrétariat général du ministère de la Santé en date du 20/10/2015 a été adressé à tous les gestionnaires des établissements publics de la santé à travers le pays pour leur exiger de fournir un rapport détaillé sur les acquis de cette application informatisée et un état des lieux des centres de calcul.

Une autre instruction numéro 11 en date du 19/11/2015 a été signée par l'ex-secrétaire général du Ministère de la santé. Cette instruction portait sur la mise en place et le suivi du système comptabilité de gestion au sein des établissements de Santé. Malheureusement, en dépit de cette série incessante d'instructions ministérielles, très peu d'établissements de santé ont travaillé avec ce système informatique. Aucune coordination efficace n'a été mise en place avec le Ministère de la Santé.

Des études menées sur le terrain par des universitaires algériens spécialisés en économie hospitalière ont démontré que les directeurs et premiers responsables des hôpitaux algériens ne jouent pas le jeu et rejettent ce système informatisé. Il y a des responsables qui négligeaient l'importance de ce système d'information, car l'information ne circulait pas bien entre ces services et le service comptabilité et finance.

Aujourd'hui, en pleine pandémie du coronavirus COVID-19, les hôpitaux algériens auraient pu profiter du module DEP (Dossier Électronique du Patient) inclut dans le système 3COH qui incorpore de nouvelles fonctionnalités qui permettent l'enregistrement et

l'exploitation de données relatives au dépistage du COVID-19. Ce module aurait du offrir une fiche de dépistage et questionnaire spécifique, un enregistrement des résultats, une analyse des résultats ainsi que des statistiques spécifiques (âge, genre, régions, professions …).Malheureusement, le système 3COH n'a pas été appliqué.[43]

Conclusion:

L'Algérie, s'est engagée dans une stratégie de développement sanitaire originale, basée sur le principe de la « médecine gratuite » instituée par l'ordonnance du 01 janvier 1974.

Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins engendrés des effets négatifs se traduisant par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs, et par l'abondant des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins.

Il est très clair de nos jours que le financement hospitalier obéit à de nouvelles règles. En effet, la révolution médicale, le développement technologique et les caractéristiques actuelles de l'épidémiologie, imposent un changement profond dans la vision du gouvernement algérien, surtout que les moyens financiers sont très rares.

[43] https://fr.wikipedia

Chapitre III:

Contribution du 3COH sur les pratiques de contrôle de la gestion au sein de CHU Tizi Ouzou

Introduction

Les hôpitaux publics en Algérie sont en train de connaitre des transformations profondes par les réformes hospitalières engagées pour la modernisation de leur gestion, et donc la mise en place de nouveaux instruments de pilotage. Insufflé par le management hospitalier qui est devenu primordial, afin de répondre de manière efficace aux besoins de la population.

Il importe donc d'étudier et d'analyser le projet d'établissement hospitalier, sa mise en place et ses apports au niveau des établissements publics hospitaliers en Algérie. Pour ce faire, nous avons mené une analyse d'un cas d'établissement public hospitalier.

Notre choix s'est porté sur le CHU de Tizi-Ouzou, qui est l'un des plus anciens établissements hospitaliers du pays, ce qui lui confère une certaine expérience et ancienneté.

Le CHU NEDIR Mohamed, est considéré comme l'un des plus importantes structures hospitalières en matière de capacités litières, de couverture sanitaire et d'effectif.

La principale raison qui a motivé notre choix, tient au fait qu'il est le plus important établissement hospitalier de la wilaya de Tizi-Ouzou. Mais aussi par le fait qu'il n'a pas pu élaborer et mettre en place un projet d'établissement hospitalier. Et ce, malgré les initiatives du directeur, qui a essayé d'appliquer la note ministérielle d'avril 2014 qui introduit l'application d'un management hospitalier similaire à celui des hôpitaux des pays développés. Mais, le projet d'établissement hospitalier n'a pas pu voir le jour au niveau de ce CHU.

Ce qui est plus motivant pour nous, c'est que nous ne sommes pas de simples observateurs d'un mécanisme déjà existant, mais peut être les acteurs d'un futur système de gestion hospitalier. Ce chapitre sera articulé de la manière suivante :

Section 1 : Présentations de l'organisme d'accueils CHU de Tizi-Ouzou.

Section 2 : L'application de 3 COH au sein de CHU TIZI OUZOU.

Section 3 : les limites et difficultés du système 3COH

Section 01 : Présentations de l'organisme d'accueils CHU de Tizi-Ouzou.

1. Présentations de l'organisme d'accueils

Le centre Hospitalier Universitaire NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est sous la double tutelle du MSPRH, et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Son personnel médical possède le rang magistral, assure les activités de soins, de recherche et de formation. [1]

1.1 Historique du CHU de Tizi-Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inaugurée ; le 28 juillet 1955. À l'époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales. En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient rattachées. En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire. Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, crée par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par Le Décret n°86/294 du 16 Décembre 19861. Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed.

1.2 Présentation du CHU de Tizi-Ouzou :

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1000 lits organisés et répartis en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations. Le Centre Hospitalier Universitaire de Tizi-Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre quatre wilayas (Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdes, Bouira) dont la demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est constitué de deux unités :

1.2.1 Unité NEDIR Mohamed :

[1] Document acquis de l'hôpital CHU Tizi Ouzou

Construite dans les années cinquante et mise en service en juillet 1953, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades. Le nombre de lits total de cette unité s'élève à 570 lits, incluent les 19 spécialités de cette unité qui ont besoin d'un service d'hospitalisation.

1.2.2 Unité BELLOUA :

L'Unité BELLOUA « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, elle s'étale sur superficie de62 500 m², constituée de quatre bâtiments en R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés

1.3 Mission du CHU de Tizi-Ouzou

Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieur en sciences médicales, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'étude et de recherche.

1.3.1. En matière de santé

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. Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé. Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux. Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire.

1.3.2 En matière de formation

Le CHU assure en collaboration avec les établissements d'enseignement supérieur et formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et participe à l'élaboration des programmes y afférant.

1.3.3 En matière de recherche

Effectuer dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'études et de recherches dans les domaines des sciences de la santé, organiser des séminaires et de colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifique en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de la santé.

1.4 Volet de financement du CHU

Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépense :

1.4.1. Les recettes comprennent

- Les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux.
- Les subventions des collectivités locales.
- Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation.
- Les dotations exceptionnelles.
- Les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en Vigueur.
- Les recettes propres des établissements de santé.
- Les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement,
- Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

1.4.2 Les dépenses comprennent

- Les dépenses de fonctionnement.
- Les dépenses d'équipement.
- Toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son projet.

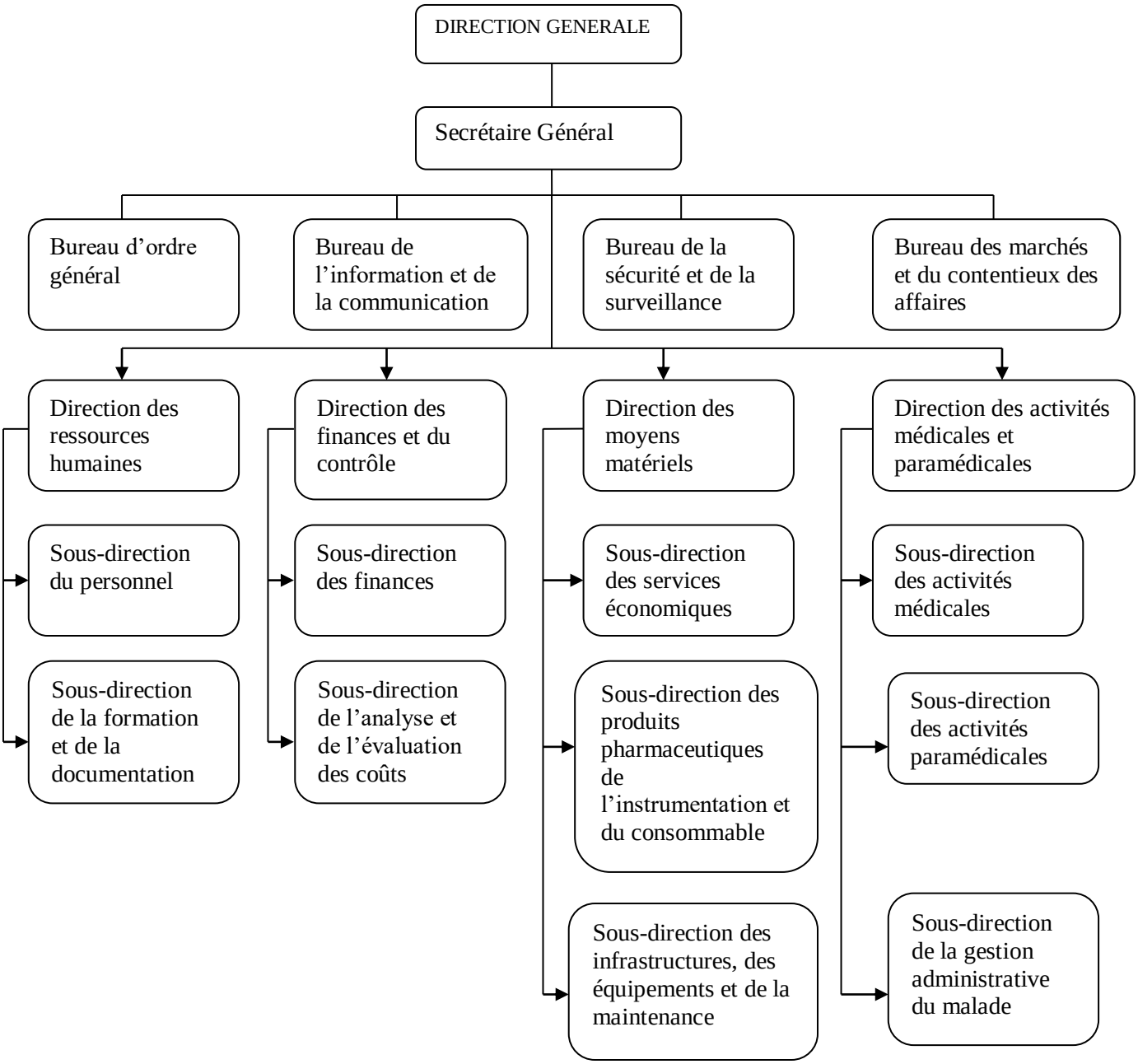
1.5. Organisation et fonctionnement du CHU de T-O

Il s'agit dans la présente section de présenter, l'organisation administrative et médicale du CHU de Tizi-Ouzou.

1.5.1 Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou

Dans le cadre de ses missions, le C.H.U de Tizi-Ouzou est administré par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur Général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif comme précisé dans le présent organigramme :

Schéma n°06 : Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou.



Source : Réalisé par nous d'après les données acquis du CHU Tizi Ouzou

1.5.1.1 Direction du CHU de T-O

Le directeur du Centre Hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il est responsable de la gestion du C.H.U. Et à ce titre, il représente le C.H.U en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du C.H.U, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U, il établit aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur et met en œuvre les délibérations du conseil d'administration. Il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration, le directeur passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur1.

Il peut aussi déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs.

1.5.1.2 Le conseil d'administration

Il comprend, un représentant du ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, un représentant des organismes de sécurité sociale, un autre de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par leurs pairs, un autre des personnels médicaux élu par leurs pairs, un représentant des personnels paramédicaux la aussi élu par leurs pairs et le président du conseil scientifique du C.H.U.

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et assure le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent. Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et à moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organigramme des services, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

Ce dernier, se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session, extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres.

1.5.1.3 Le conseil scientifique

Le conseil scientifique propose toutes les mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la réparation des personnels, en relation avec les activités des services. Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche.

Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre hospitalo-universitaire, sur toute question à caractère médical, scientifique ou de formation. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dont le grade est le plus élevé du corps des paramédicaux.

Celui-ci élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. Il se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux mois et en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres du conseil, soit du directeur général du CHU.

1.5.1.4 Directions de l'organisation administrative

Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative de Centre Hospitalo-universitaire comprend : la direction des ressources humaines ; la direction des finances et du contrôle ; la direction des moyens matériels ; la direction des activités médicales et paramédicales.

Les unités du centre hospitalo-universitaires sont organisées en bureaux et sont rattachées au directeur général : le bureau d'ordre général ; le bureau de l'information et de la communication ; le bureau de la sécurité et de la surveillance générale ; le bureau des marchés, du contentieux et des affaires juridiques.

A- La Direction des ressources humaines : Elle comprend :

- la sous-direction du personnel qui comporte : le bureau de la gestion des carrières du personnels administratifs, techniques et de service, le bureau de la gestion des carrières du personnels médicaux, paramédicaux et psychologues et le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.

- la sous-direction de la formation et de la documentation qui comporte : le bureau de la formation le bureau de la documentation.

La gestion des ressources humaines est la pièce angulaire pour le fonctionnement de l'organisation hospitalière qui est marquée par la coexistence de plusieurs catégories d'acteurs, entre autres, le corps médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et technique…etc. Cette direction est chargée principalement d'assurer les tâches relevant des domaines suivants :

- Recrutement.
- Rémunération.
- Promotion et sanction.
- La formation.

B. La Direction des finances et du contrôle : Elle comprend :

- la sous-direction des finances qui comporte : le bureau du budget et de la comptabilité ; le bureau des recettes et des caisses. Son rôle est d'établir des prévisions et de suivi de l'exécution du budget et d'une répartition équitable entre les dépenses et les recettes.
- La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts qui comporte : le bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts, le bureau de la facturation. Elle veille à bien maîtriser le coût des prestations fournies pour les patients, le coût d'hospitalisation dans la journée.

C. La Direction des moyens et matériels : Elle comprend :

- La sous-direction des services économiques qui comporte : le bureau des approvisionnements ; le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ; le bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable qui comporte : le bureau des produits pharmaceutiques ; le bureau des instruments et des consommables.

- La sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui comporte : le bureau des infrastructures le bureau des équipements ; le bureau de la maintenance.

D. La direction des activités médicales et paramédicales : Elle comprend :

- la sous-direction des activités médicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ; le bureau de la permanence et des urgences ; le bureau de la programmation et du suivi des étudiants.
- La sous-direction des activités paramédicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales ; le bureau des soins infirmiers, le bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.
- La sous-direction de la gestion administrative du malade qui comporte : le bureau d'admission des malades ; le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités sociothérapeutiques.

1.5.2. Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou

L'activité hospitalière est tributaire d'une utilisation massive du personnel. En effet, le CHU de T-O emploie un grand nombre de personnel organisé en catégories notamment

A. Le personnel médical :

Le personnel médical du C.H.U englobe principalement les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et chirurgiens-dentistes généralistes. Les médecins spécialistes assurent de façon concomitante, des activités de soins et des tâches d'enseignement et de recherche en sciences médicales et les spécialistes hospitalo-universitaires sont tenus de veiller, en permanence, à l'amélioration des prestations sanitaires et d'enseignement dont ils ont la charge. Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social du territoire.

En outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administrative des structures de leur établissement conformément à la réglementation

en vigueur. Les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps : Les maîtres assistants, les décents, les professeurs. Les maîtres assistants sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à dix heures de travaux pratiques, ils sont chargés de l'encadrement des mémoires de graduation et de la consultation pédagogique, de l'encadrement et du suivi des travaux pratiques ou dirigés, de la participation à la surveillance et aux corrections des examens et de la participation aux travaux des comités et équipe pédagogiques. Ils peuvent être chargés, à la demande de leur établissement, d'assurer des cours magistraux dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité en assurent les tâches suivantes Diagnostic, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie et en particulier les données nationales, et dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité ; à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.

Les décents quant à eux sont chargés dans le domaine de l'enseignement en plus du temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs. Ils sont chargé aussi de : la préparation et de l'actualisation des cours, encadrement des mémoires et thèses pédagogiques dont ils ont la charge, contrôler les examens, assurer le bon déroulement et la correction des copies, participer aux travaux des jurys de délibération, enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité, qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, encadrer les équipes pédagogiques, recevoir les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des comités pédagogiques nationaux, encadrer les étudiants, externes, interne, résidents et maîtres-assistants.

Dans le domaine des soins, et comme pour les maitres assistants, ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes : diagnostics, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche

en laboratoire, d'expertises médicales, pharmaceutiques et bucco-dentaire, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales, et de la pathologie et en particulier les données nationales.

Dans le domaine de la recherche médicale les décents contribuent, suivant leur spécialité, à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, et participent à la diffusion de l'information médicale. Quant aux professeurs, ils sont chargés dans le domaine de l'enseignement en plus du temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs, ils sont chargés de : participer aux travaux des comités pédagogiques, de contrôler les examens et d'assurer leurs bon déroulement, la correction des copies d'examens, participent aux travaux des jurys de délibération, de la préparation et de l'actualisation des cours, encadrent des mémoires et thèses de première et deuxième post-graduation, ils contribuent par leurs travaux d'études et de recherche à la résolution des problèmes posés par le développement dans le cadre de la réglementation en vigueur, il animent des travaux des équipes pédagogiques dont ils ont la charge, enrichissent et diversifient leurs travaux de recherche, réalisent toutes études et expertises liées à leur spécialité qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, il reçoivent aussi les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participent aux travaux des commissions nationales ou de toute autre institution de l'état dont l'objet est lié à leur domaine de compétence, ils sont appelés à contribuer, dans le cadre des structures compétentes à la mise au point d'instrumentations pédagogiques et scientifiques liées à leur domaine de compétence, ils encadrent les étudiants, internes, externes, résidents, maîtres-assistants et décents, et dans le domaine des soins ils sont chargés de :

Assurer tous les soins liés à leurs compétences, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie en particulier les données nouvelles, de contribuer à élever le niveau de connaissances médicales ou autres, ils assurent les prestations sanitaires requises au sein des structures hospitalo-universitaires, contribuent à une meilleure efficience du système de santé par des programmes ou des actions sanitaires.

Dans le domaine de la recherche médicale ils contribuent suivant leurs spécialités à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, ils participent à la diffusion de

l'information médicale, les médecins généralistes de santé publique assurent notamment les activités suivantes : diagnostics et soins protection maternelle et infantile protection sanitaire en milieu scolaire, protection sanitaire en milieu de travail, prévention générale et épidémiologie, éducation sanitaire, réadaptation et rééducation, expertise médicale, gestion sanitaire, explorations fonctionnelles et analyses biologiques. Ils participent à la formation des personnels de santé.

Les pharmaciens généralistes des établissements publics assurent les tâches suivantes : explorations et analyses biologiques, préparations pharmaceutiques, gestion et distribution des produits pharmaceutiques, expertises biologiques, toxicologiques et pharmacologiques, gestion sanitaire éducation sanitaire, ils participent aussi à la formation des personnels de santé.

Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique assurent les tâches suivantes : diagnostics et soins, prévention, prothèses, éducation sanitaire bucco - dentaire. Ils participent aussi à la formation des personnels de la santé.

B. Le personnel paramédical :

Le personnel paramédical joue un rôle important dans les soins prodigués aux patients. Il réalise une jonction entre les médecins et les patients. Ce personnel est structuré en trois grades ; l'infirmier diplômé d'état, l'infirmier breveté et les aides-soignants. Les infirmiers diplômés d'état sont chargés d'assurer des soins polyvalents notamment la participation à la surveillance clinique et thérapeutique des malades, ainsi qu'à toute action de prévention en matière de santé et enfin à l'encadrement et à la formation des autres catégories du personnel paramédical. L'infirmier breveté est chargé d'assurer les soins de base et les prescriptions médicales, ainsi que l'hygiène et l'entretien du matériel médical. Les aides-soignants sont quant à eux chargés des soins infirmiers simples, de l'hygiène corporelle des malades hospitaliers, et des tâches inhérentes à l'hôtellerie et au confort des malades. Des corps supérieurs d'infirmiers sont créés, tels que l'infirmier chef d'équipe, le surveillant des services médicaux, le surveillant chef des services médicaux, et le coordonnateur des activités paramédicales, en vue de coordonner, d'organiser, d'expertiser et d'exécuter les tâches réparties entre les membres paramédicaux.

C. Le personnel administratif :

On retrouve notamment, les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économe les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de la gestion des établissements hospitaliers, ils veillent au respect des règles et procédures contenues dans les règlements régissant ces établissements en veillant notamment à leurs exécutions. Les directeurs adjoints sont chargés d'assurer la responsabilité des services sous leurs ordres. En ce qui concerne l'économe, il est chargé de l'approvisionnement des services hospitaliers en denrées de tous genres et objets mobiliers de toute nature. De ce fait, le fonctionnement de cette organisation (CHU) est assuré par un effectif tous corps confondus de 2 425 employés. Après avoir présenté globalement le

CHU de Tizi-Ouzou, et faute de ne pouvoir mentionner toutes les activités ou toutes les fonctions du CHU. Dans ce qui va suivre nous allons développer la sous-direction des activités de santé, car cette sous-direction, représente un grand intérêt de par sa relation directe avec notre sujet de mémoire.

1.5.3. Sous-direction des activités de santé

Cette sous-direction se structure en trois bureaux, le bureau des entrées, le bureau organisation du suivi et de l'évaluation des activités de santé et le bureau du calcul des coûts (contractualisation).

A. Le bureau des entrées

Le bureau des entrées assure les missions suivantes : L'accueil, où des agents d'accueil et d'orientation sont mis à la disposition des malades, les admissions, l'Etat civil concernant la déclaration des naissances et décès à l'APC dans les délais réglementaires, et l'archive des dossiers. Il se charge aussi de la facturation à blanc qui s'effectue actuellement pour chaque malade, avec la fiche navette et le traitement se fait avec un logiciel « patient », les décomptes sont sauvegardés avec les dossiers des malades en attendant la mise en œuvre de la contractualisation, établissement d'un registre de mouvements des malades par service, et établissement des quittances.

Ce schéma résume la façon dans est organiser le bureau des entrés

Schéma n°07 : Organisation du bureau des entrées

Source : Établit à partir des données du bureau des entrées

Le bureau des entrées utilise une nomenclature des registres et imprimés officiels standardisés, notamment ; le registre matricule, mouvement hospitalier, journal de naissances, de décès, des évacuations, dépôt de corps à la morgue, d'inspection et de facturation. Ce bureau utilise comme imprimés ; le bulletin d'admission, demande d'hospitalisation, fiche navette, déclaration de décès, résumé standard de sortie, résumé clinique de sortie, certificat d'hospitalisation, bulletin d'évacuation et certificat de non contagion. Le bureau des entrées exploite pour son fonctionnement deux principaux logiciels ; le logiciel patient qui fonctionne en mode réseau utilisé pour les admissions et l'établissement d'autres supports (déclaration de naissance, décès, résumés standards de sortie et contractualisation).

Le logiciel IDAAS sert à identifier les assurés et les démunis, il s'agit entre autres d'un logiciel d'identification des malades et d'échange d'information entre l'établissement de santé et la CNAS et qui est non fonctionnel.

Le bureau des admissions doit établir les bulletins d'admission des malades, et doit tenir les différents registres de cette structure. Il se charge aussi de l'exploitation des fiches navettes, du classement et du suivi des dossiers administratifs des malades. Il s'agit également dans cette structure, d'une prise en charge opérationnelle de l'émission de décomptes (facturation), du suivi des recouvrements, de la gestion de la régie recettes (caisse), de la participation à l'analyse des coûts et à la normalisation des activités de soins et aussi à la gestion du contentieux.

B. Bureau de calcul des coûts (contractualisation) :

Il est chargé du calcul des coûts de l'hôpital, par l'utilisation de la comptabilité analytique et qui se fait par mois. Il s'agit entre autres, du calcul des coûts de la masse

salariale, des dépenses alimentaires par services, de la pharmacie, de la consommation des fournitures, d'entretien et de main d'œuvre, des charges d'assurances et de formation, des activités des services d'hospitalisation et de consultations, du laboratoire, de la radiologie, du plateau technique…etc.

Ce bureau réalise un canevas statistique du personnel, des activités, des moyens et des équipements de l'établissement hospitalier.

C. Bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé :

Ce bureau s'occupe des tâches relatives au suivi et à l'évaluation des activités de santé, par l'utilisation des indicateurs et des outils nécessaires.

2. Présentation du service « centre de calcul »

2.1. Service informatique : le service Informatique contribue aux objectifs stratégiques du laboratoire en apportant un soutien technique aux projets de recherche, à l'administration des moyens informatiques et au développement du système d'information, pour l'ensemble du laboratoire. Le service informatique est placé sous la responsabilité directe du responsable général des services généraux, également membre de la Direction. La gestion de l'informatique des salles d'expériences est dévolue au service instrumentation-électronique.

Le service informatique a pour mission principale de gérer le parc informatique, de développer et d'administrer le réseau informatique et de proposer des services facilitant le quotidien des utilisateurs [2]

Le service informatique s'occupe principalement des tâches suivantes :

- L'achat du matériel informatique, consommable et non consommable.
- Matériel consommable (tonner et cartouche pour imprimante, CD…..etc.)
- non consommable :(pc de bureau, imprimante, date show, scanné, onduleur, modem…..etc.)
- La maintenance du réseau informatique du CHU : imprimante, PC …..

Conception, mise en place et suivi des logiciels informatiques du CHU, parmi les logiciels existants au sien du CHU :

[2] Document acquis de service informatique du CHU Tizi Ouzou

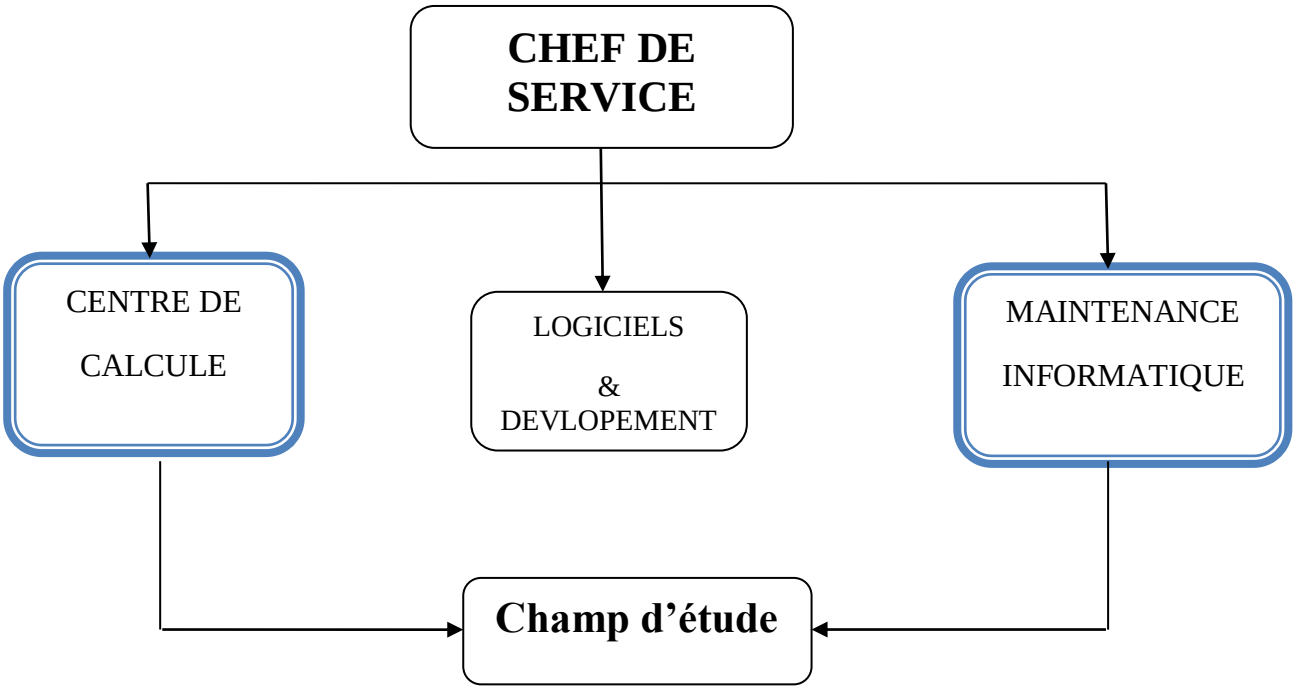
- **Logiciel patient :** c'est un logiciel mise en place mise en place pour les suivi des entrée et sorties des patients, suivi des dossiers des malades et le suivi des dossier des malades et le suivi de l'état d'avancement des dossier patient, mis en place au niveau du bureau des admissions ,et des service d'hospitalisations.
- **Logiciel 3COH** triple comptabilité hospitalière (comptabilité analytique, budgétaire et général).pour la suivi de la comptabilité hospitalière.
- **Logiciel Epipham du MSPRH** : opérationnel au niveau de la pharmacie unité nedir Mohamed, Unité belloua, pharmacie instrumentation.
- **Logiciel EPINFO :** il s'agit d'un logiciel qui a été conçu pour la surveillance des malades transmissible par CDC, il contient une série de programmes pour micro-ordinateur permettant le traitement de données épidémiologiques sous forme de questionnaire. Il permet aussi d'organiser sous forme de textes des protocoles et résultats d'études à inclure dans des rapports écrits. Un questionnaire peut être créé traité en quelques minutes, mais EPI Info peut aussi servir de support pour puissante base de données, pour un système de surveillance de maladies, avec de très nombreux fichiers et types d'enregistrement. Il comporte les systèmes les plus utilisés par les épidémiologies pour les analyses Statistiques, analogues à SAS ou SPSS, et les programmes de base de données.

2.1.1 Les missions du service informatique :

- La gestion de dossier électronique de malade.
- logiciel de gestion des greffes.
- développement d'application.
- étudier et élaboration des cas et des charges.
- Assistance et support auprès des utilisateurs pour divers problèmes lié au matériel (PC, Imprimantes, divers périphériques, Scanner, Copieur,…) dans les services administratifs, service des travaux et la Bibliothèque.
- Assurer la sécurité des postes de travail et des utilisateurs sur le réseau informatique.
- Mise à jour et installation des logiciels.
- Etablir des bons de commande pour achat de matériel.
- Etablir des bons de commande pour une demande d'intervention d'un technicien externe.

- Mettre un point au collège concernant des diverses demandes liées à l'informatique.
- Traitement des demandes de modifications des données du site internet venant du Collège et des différents services.
- Traitement des données et devis reçus des fournisseurs concernant les marchés de fournitures.
- Gestion de l'inventaire du parc informatique.

Schéma n°08 : structurels du service informatique.



Source : Document acquis de service informatique CHU de Tizi Ouzou

2.2 présentation du service centre de calcul :

En octobre 2010 l'administration du CHU de Tizi-Ouzou a procédé à l'acquisition du matériel nécessaire à la mise en fonction du logiciel 3COH en réseau, et aménagement du centre de calcul, C'est un nouveau service adopté dans l'organigramme de l'hôpital, ce dernier est mise en place sous la responsabilité du directeur. Le centre de calcul est une salle

spécialement aménagée et équipés des équipements informatique et un serveur dans lequel le logiciel 3COH est installé.

En 2014, le CHU de Tizi-Ouzou à l'instar des autres structures de santé, a reçu le décret exécutif n°14-106 du 12/03/2014 afin d'imposer aux établissements publics de santé un système comprenant une comptabilité générale qui retrace les opérations relatives à la situation financière, patrimoniale et à la trésorerie, une comptabilité budgétaire retraçant les opérations budgétaires et une comptabilité analytique devant permettre le calcul des différents coûts des prestations fournies.

Le centre de calcul comporte un Serveur est deux imprimante, huit (08) postes de travail :

- deux postes pour la saisie des médicaments.
- trois postes pour la gestion de la sous-direction des services économiques (fourniture de bureau, produits d'entretiens, vaisselle, produits alimentaire, lingerie literie).
- deux postes pour la gestion du matériel et consommable informatiques.
- un poste pour la saisie de l'instrumentation.

Sept postes de travail au niveau de la direction des produits pharmaceutique :

- Deux postes pour la saisie et validation des réactifs,
- Deux postes pour la saisie et validation des pansements et produits désinfectants.
- Trois postes pour la validation des médicaments.

Deux postes de travail au niveau du service instrumentation (validation et control de la saisie).Cinq postes de travail au niveau de la direction des finances et control (opération budgétaire : engagement des bons de commandes, liquidation des factures, mandatement et payement).

Deux postes au niveau de la direction des moyens matériel :

- Un poste pour la gestion des stocks du magasin du petit outillage (quincaillerie).
- Un poste pour la gestion du matériel médical.

Un poste au niveau de la sous-direction des services économiques pour la gestion des immobilisations à savoir : mobilier de bureau, électroménager. Un centre de

calcul appelé aussi le centre de traitement des données est un espace gère par une équipe, composée d'au moins de trois personne sous la responsabilité du chef d'équipe ayant des connaissances requises en matière de gestion ; un comptable et un informaticien désigné par le directeur de l'établissement. L'accès au centre de traitement des données doit être sécurisé et limité, seules les personnes autorisées ont droit d'accéder aux fonctionnalités déterminé auparavant .les opération de saisie et de transfert des donnée ver le centre de traitement des donnée peuvent s'effectuer à partir des services ou des structures producteur des données de base.

Section 02 : L'application de 3 COH au sein de CHU TIZI OUZOU

Le projet national de mise en œuvre d'un système de gestion au sein des établissements hospitaliers, adopté par le conseil des ministres en Août 2009 a pour objectif de doter les établissements hospitaliers d'un ensemble d'instruments logiciels, de procédure de travail et d'une organisation susceptible de permettre leurs gestions en temps réel, basée sur la rigueur grâce à l'accès à des informations fiables. Le suivi strict du patrimoine humain est immobilisé (comptabilité générale), le contrôle budgétaire rigoureux (comptabilité budgétaire) et la connaissance des coûts des prestations (comptabilité analytique) sont les trois principaux objectifs assignés au projet.

1. La mise en œuvre du système 3COH :

Il est confié aux personnels du centre de calcul d'enregistrer toutes les transactions effectuées à l'hôpital dans tous les services concernés par le système 3COH. Ces transactions sont saisies généralement dans des modules auxiliaires où elles sont enregistrées dans des journaux spécialisés (journal des entrées en stock de médicaments, journal des factures d'achat de fournitures de bureau, journal des acquisitions de biens immobilisés, …).

En général, ces transactions sont accompagnées de leur distribution comptable qui est leur traduction comptable en termes de débits et de crédits de comptes[3]

1.1 La collecté des donnée :

Dans cette étape, le centre de calcul est chargé de collecter l'ensemble des transaction effectuée au sein de CHU Tizi-Ouzou dans les différent service administratifs et médicaux dans une premier étape le chefs de calcul va demander aux chef des autre service l'inventaire physique qui est l'état des stocks réel sen qualité et en valeur de la fin de l'année 2021 c.-à-d. la situation arrêtée au 31 décembre 2021, l'administrateur clôture tous les modules afin d'établir les différents états de l'exercice en cours pour commencer l'exercice de l'année 2022.

[3] BENMANSOUR Sonia,« La contractualisation dans le système de santé algérien :Nouveau mode de financement des hôpitaux», Thèse de Doctorat en Sciences Economiques,UMMTO,2017.

1.1.1 Le module gestion des stocks :

La Mise en marche du logiciel 3coh comme pour tout autre logiciel, nécessite une situation de départ (état du stock, inventaires). Au CHU de Tizi-Ouzou, aucune orientation n'a été donnée par le MSPRH pour assurer l'homogénéité des informations importées, seule la famille médicament dispose d'une nomenclature codifiée (DCI, noms commerciaux). Pour les autres familles, la codification des articles a été réalisée par chaque structure (article de pansement, produits de laboratoire, instrumentation, produits alimentaires, immobilisation…..) de plus au CHU de Tizi-Ouzou nous avons été contraint de créer certaines familles comme le consommable d'instrumentation spécifique(10), les consommable et pièces de rechange maintenance (29).

1.1.2 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.

1.1.3 En matière de budget (module budget)

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

1.1.4 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.

1.1.5 Le 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 pour chaque transaction, en effet deux transactions de même nature ont toujours deux numéros distincts.
- Le numéro de la pièce justificative qui lui a donnée naissance, a transaction est toujours saisie à partir d'un document qui est sa « pièce justificative.
- L'identification de l'utilisateur qui est à l'origine de chaque opération saisie dans le système (ainsi que la date et l'heure à laquelle cette saisie a été réalisée).

1.2. L'enregistrement des données

Dans cette étape le centre de calcul réalise des tâches suivantes pour chaque opération de transaction enregistré : la saisie, la mise à jour, la validation et la centralisation.

1.2.1 La saisie

Cette tâche consiste à la transformer une pièce justificative a une facture électronique dans le logiciel 3COH.

1.2.2 La mise à jour

De temps à autre présences introduit des nouvelles fonctionnalités dans le système qui sont nécessaire pour l'amélioration des performances du logiciel 3COH ont mis à jours la base de données du système

1.2.3 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.

1.2.4 Centralisation

Une fois que toutes les donnes des différent services, sont saisie et validé dans les modules du logiciel 3COH le centre de calcul permettre de faire la centralisation de ces dernières. Le système donne d'une manière automatique les états de synthèse qui serve un tableau de bord pour les dirigeants des établissements de santé. Le directeur dispose d'un accès à tous les module du système 3COH, ce qui lui permettre de voir la situation de l'établissement, et utilisé les résultats de synthèse dans les futures décisions.

1.2.5 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.

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

Figure n°04: Le tableau de bord du logiciel 3COH

Source : Guide d'utilisateur de logiciel 3COH,2010.

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.

2. Le fonctionnement de la méthode des sections homogènes au sein de CHU Tizi Ouzou

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 Tizi-Ouzou.

Dans l'impossibilité technique d'effectuer notre cas pratique sur toutes les opérations du système 3COH au sein du CHU de Tizi-Ouzou, grâce à la durée courte de notre stage (2mois) 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 2020. Nous allons prendre une période comptable mensuelle, c'est-à-dire, calculer les coûts des prestations hospitalières pour chaque moi (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

2.1. 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 Tizi-Ouzou, 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 Tizi-Ouzou, 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.

2.2. Le découpage du CHU de Tizi-Ouzou 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 Tizi-Ouzou 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.

2.3. 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. [4]

La clé de répartition appelée aussi coefficient de répartition (assiette de répartition) est utilisée seulement pendant l'étape de répartition primaire, est aussi c'est le pourcentage à appliquer à chacune des charges indirect en vue de leur répartition entre les sections auxiliaires.

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 B17. La collecte des données se fait mensuellement avec une récapitulation à la fin de chaque trimestre.

3.4. La collecte des données

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

3.4.1. Les charges (canevas A)

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, …).

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

Sur les tableaux du Canevas (A) doivent figurer toutes les sections qu'elles soient auxiliaires ou principales existant dans l'organigramme de l'établissement. Les charges se subdivisent en six catégories :

A. 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.

B. Les dépenses d'alimentation

Cette catégorie de charges nous permet d'avoir le coût global des produits alimentaires consommés durant le 1er trimestre 2020 et qui servira au calcul du coût du repas, lequel servira à son tour à calculer la dépense alimentaire par le service urgence de chirurgie. 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 donnés aucune donnée sur les charges d'alimentation.

C. 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 Urgence de chirurgie. Les données des différentes consommations concernant le trimestre 2020 été recueillies directement à partir du logiciel de gestion de la pharmacie de l'hôpital.

D. Fourniture Diverses

De la même façon que pour les charges des produits alimentaires, nous trouverons ici cinq catégories de charges : Papeterie et fournitures de bureau, Linge et literie, Produits d'hygiène, Matériel et mobilier non médical, Matériel et mobilier médical. Ces différentes charges seront virées entièrement à la section parc auto.

E. 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.

F. 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.

3.4.2. Les activités (canevas B)

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 Urgence de chirurgie. 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 1er trimestre 2020. Ce sont des activités qui nous permettrons, dans l'étape de répartition

secondaire, de calculer le coût de revient des différents actes médicaux réalisés au niveau des services de soins.

Tableau n°05 : récapitulatif répartition primaire et secondaire primaire trimestre année 2020

	Sections principales
	Urgence de chirurgie
Personnel	24 290 009 ,26
Alimentation	1964227,34
Pharmaceutique	33894194,04
Fournitures diverses	10652457,80
Entretien et maintenance	97281,25
Charges communes	73042,83
Totale de la répartition primaire	70971212,52
Laboratoire	1101249,69
Imagerie	13449287,79
%	4,05%
SEMEP	392506,94
Administration	2231128,00
Services économique	1658446,56
Service sociaux	101638,15
De la répartition secondaire	18934257,18
Totale primaire +secondaire	89905469,70
Unité d'œuvre (U.O)	Package
Nombre (U.O)	940
Coût d'une unité d'œuvre (DA)	95644,1167

Source : CHU de Tizi Ouzou

- Coût d'une unité d'œuvre DA= la consommation globale de service /Nombre de package

-La consommation globale de service =Totale de répartition primaire +répartition secondaire

=70 971 212,52 +18 934 257,18

=89 905 469,70

La consommation globale de service =	**89 905 469,70 DA**

-Coût d'une unité d'œuvre =89 905 469,70 / 940

= 95 644 ,1167

Le coût d'une unité d'œuvre =	**95 644 ,1167 DA**

3.5. 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 :

- 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 (Urgence de chirurgie)

Section 03 : Les limites et difficultés du système 3COH

1. Les limites et difficultés du système 3COH

La triple comptabilité hospitalière présente les avantages suivants pour la gestion hospitalière:

- Il permet aux utilisateurs d'accéder à tout moment aux informations et aux données.
- Il détermine le prix de revient (costing) de chaque activité hospitalière.
- Il organise toutes les transactions effectuées à l'hôpital et permet l'élaboration d'états récapitulatifs qui aident à la prise de décision.

Comme tout système d'information, la triple comptabilité hospitalière présente des difficultés et des lacunes, notamment en matière d'adaptation à ces hôpitaux.

1.1 Inadaptation du logiciel à certaines exigences de la gestion hospitalière

Il s'agit plus de l'inadaptation du logiciel 3coh aux retards dans les procédures de gestion hospitalière. Le démarrage d'un exercice n'est possible que si la saisie des commandes de l'exercice antérieur est totalement achevée. Comme la comptabilité prévoie une période complémentaire de 3 mois, le système 3COH permet de faire la clôture des familles de stock séparément des modules de comptabilité et il permet aussi d'effectuer les opérations comptables et faires des clôtures après la période complémentaire. Pour pallier au retard des pièces comptables à savoir marché, conventions et pour travailler en temps réel nous utilisons les factures pro forma, et la notion de date réelle et date budgétaire. Concernant la partie GRH et PAIE, le logiciel 3coh prévoit en plus de l'enregistrement mensuel des charges du personnel, la gestion complète de la ressource humaine depuis 2015 et la gestion de la paie depuis 2016.

1.2 Difficultés liées à La Valorisation des Immobilisations

Le système 3coh implique l'instauration d'un système patrimonial qui permet la description et la valorisation de la situation patrimoniale de l'établissement. Il prévoit aussi la réactualisation des valeurs de toutes les immobilisations. La police d'assurance du CHU de Tizi-Ouzou ne nous permet pas d'avoir une quelconque estimation de notre patrimoine. Au CHU de Tizi Ouzou à l'exception du patrimoine, toute les immobilisations ont été recensées

par famille et valorisées à savoir : logiciels, matériel médical, mobilier médical, mobilier de bureau, électroménager, matériel informatique, véhicules….

1.3 Faiblesses de L'étude Diagnostic du Système d'Information Existant avant l'implémentation du Logiciel 3coh

La passerelle automatique prévue entre le système 3coh et les logiciels existants est réalisée par une procédure d'importation des bases de données par l'intermédiaire de fichiers Excel. Exemple : les inventaires valorisés du matériel et mobilier médical ainsi que d'autres inventaires n'ont pas fait l'objet d'une saisie dans le programme 3COH, mais ont été importés directement via des fichiers Excel.

Il est vrai que les nomenclatures des actes médicaux et paramédicaux existantes dans le logiciel patient n'ont pas été intégrées dans le système 3coh, mais au même temps il faut signaler que ces nomenclatures ne sont pas actualisées et restent inexploitables. A titre d'exemple il est à signaler que la plupart des actes chirurgicaux très coûteux n'existent pas dans les nomenclatures des actes ou sont très mal valorisées.

1.4. Absence d'une interface entre le logiciel 3COH et le système de calcul des coûts mis en place dans les établissements de santé

Le logiciel 3coh se base sur la traçabilité des pièces comptables par service et par période, il permet donc d'avoir une consommation précise par service, alors que dans la méthode actuelle du calcul des coûts c'est plus une approche de calcul global.

1.5. Système non encore Fonctionnel et Retard dans la mise en exploitation du projet 3COH

Le logiciel 3COH au CHU Tizi-Ouzou a bénéficié de moyens humains et matériels nécessaires à son bon fonctionnement. Ce programme a permis d'informatisé le processus de gestion des articles de pansements (système exploité en temps réel), et informatisation de Certains magasins de stocks (automatisation des fiches de stock),les immobilisations du CHU ont été pour la plupart recensés par service et par unité et structuré en famille et sous famille sous forme de fichier valorisé….. Cependant le Système 3coh n'a pu être exploité dans toutes ses fonctionnalités pour les raisons suivantes :

- Résistance aux changements de la part des utilisateurs, du fait de la mauvaise maitrise de certaines procédures comptables existantes dans le système 3COH (comptabilité réel) et la non disponibilité de l'information en temps réel (marchés, convention..).
- Chevauchement du système 3coh avec d'autres logiciels (Epipharm, GMAO, RH…..).
- Manque de personnel qualifié en matière de comptabilité analytique.

2. Perspectives du CHU :

- Application d'un plan de formation, et de mise à niveau élargie à :
  Toutes les directions économiques et financières, intervenant dans les processus de gestion. Direction des activités médicales et paramédicales (Bureau des admissions, services médio Techniques, services médicaux).
- Mise en place d'un réseau local élargie et normé au niveau de l'unité Nedir afin d'exploiter le logiciel au niveau de toutes les directions et permettre ainsi l'exploitation du tableau de bord par tous les décideurs.
- Acquisition d'un pare-feu physique afin de sécuriser notre base de données.
- Interconnexion de l'unité Nedir et Belloua afin d'uniformiser la base de données au niveau d'un seul serveur qui sera hébergé à l'unité Nedir. La phase suivante consiste en l'informatisation des processus métier, en intégrant le dossier électronique du malade , afin d'atteindre l'objectif principal d'un système d'information hospitalier informatisé qui consiste en , la Maîtrise des couts et la qualité des soins, Ce qui nous mènera inéluctablement vers la mise en place efficiente du processus de contractualisation.

Conclusion :

Le CHU de Tizi-Ouzou a connu des difficultés sur le mode de fonctionnement du logiciel tricoh 3COH et du fournir des recommandations pour la maitriser.

Nous avons constaté que la pratique de système 3COH au niveau du CHU de Tizi-Ouzou 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, causé notamment par la formalisation du système 3COH. Alors que Cette partie a pour objectif d'illustrer, succinctement, quelques enseignements et analyses issus de la mise en place du système tricoh au niveau du CHU de Tizi-Ouzou. Ce système ne permet pas, de déterminer les coûts des activités hospitalières et aussi il ne permet pas de comparer les différentes catégories de charge pour chaque service du CHU.

Enfin, le système 3COH présente plusieurs avantages pour tous les utilisateurs du ce logiciel il permet ainsi la détermination des coûts des services administratifs, économiques médio-techniques est aussi déterminer l'état financier

Conclusion générale

La triple comptabilité hospitalière est un logiciel qui joue un rôle important dans le fonctionnement de l'établissement hospitalier. Sa fonction principale est l'enregistrement des opérations financière réalisées.

Cependant, ce logiciel influe sur le fonctionnement de système de santé algérien cela veut dire qu'il est nécessaire de se poser la question de l'impact de 3COH sur ce dernier.

Dans notre travail, nous avons consacré le premier chapitre aux calculs des coûts par le logiciel de triple comptabilité hospitalière. En effet, ce processus vise à instaurer de nouveaux modes de fonctionnement en matière de comptabilité des établissements publics afin de contribuer 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 hospitalières. Il peut assurer une bonne gestion hospitalière, comme il instaure une certaine transparence en milieu hospitalier. En effet, il permet aussi de contrôler, d'informer, d'inciter et d'aider les gestionnaires hospitaliers à avoir une vision globale de la marche de leurs établissements.

Dans le deuxième chapitre intitulé "l'adaptation du logiciel 3COH dans le système de santé algérien", nous avons fait l'accent en premier lieu sur le système de santé algérien en touchant à son historique ainsi que sa fonction. Puis en deuxième lieu, on s'est projeté vers le financement du système de santé algérien en précisant les différentes sources mettes à la disposition de ce système pour assurer son bon fonctionnement. En dernier lieu, nous avons étudié l'impact du logiciel 3COH sur le système de santé algérien. En effet, cet impact est jugé positif puisqu'il crée une certaine transparence dans les recettes et les dépenses, à moindre coûts et par la facilité de l'utilisation, de l'hôpital ce qui va contribuer sur la gestion de la finance de l'organisme.

Pour concrétiser notre recherche nous avons fait un stage au sein de CHU Tizi-Ouzou, les résultats de cette enquête sont inscrits dans le troisième chapitre. Dans le dernier chapitre nous avons présenté en premier niveau l'organisme d'accueil en faisant référence à sa définition, son historique et son hiérarchie à travers l'élaboration d'un organigramme. Puis en deuxième lieu, nous avons vérifié l'application du logiciel de 3COH dans le centre hospitalier universitaire de Tizi-Ouzou où nous avons constaté plusieurs problèmes liés à son fonctionnement à cause du personnel non formé plus le manque de contrôle. En dernier lieu, nous avons fait accent aux différentes difficultés que ce logiciel a rencontrer et qui l'ont empêché de bien se fonctionner ainsi que les limites et les inconvénients de ce processus.

La réponse à notre problématique est que le logiciel de 3COH contribue indirectement au financement du système de santé algérien car il est là pour lutter contre toute opération illégal (fraude, vol, détournement d'argent…etc.) cela nous aide à confirmer l'hypothèse disant que le 3COH permet de calculer les différents coûts de prestations fournis par l'état ainsi qu'il permet a de réaliser une certaine transparence dans l'enregistrement des opérations effectuées mais cela ne peut pas marcher sans le contrôle et la formation de personnel spécialisé dans l'application de ce logiciel.

Au cours de ce mémoire nous avons rencontré plusieurs difficultés .Nous n'avons pas beaucoup de documentation caractérisée par le manque d'ouvrage parlant du 3COH et même dans le côté pratique où le dysfonctionnement du système de 3COH au sein du CHU Tizi-Ouzou.

Bibliographie

- ARHAB SAID, « calcul des coûts à l'hôpital», cread Alger, 2011.
- Arrêté interministériel du 6 Moharrem 1436 correspondant au 30 octobre 2014 fixant les modalités d'application du système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements publics de santé ainsi que la liste des établissements concernés par la mise en œuvre de ce système
- ART. 228- Le financement des services publics de santé est assuré par l'État. Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.
- Art. 231. - Les bénéficiaires de soins peuvent être appelés à contribuer au financement des dépenses de santé, dans le respect des dispositions de l'article 22 de la présente loi. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.
- Art. 232. - La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisation à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé, et est soumise aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés. Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.
- Art. 233. - Les entreprises, les organismes publics et les collectivités locales peuvent être appelés également, à concourir au financement de réalisation à caractère sanitaire, selon les procédures en vigueur en matière d'investissement planifié
- ART.229. - Les entreprises et administrations concourent au financement de la santé, dans le cadre des actions programmées conformément à la législation et à la réglementation relative aux œuvres sociales.
- ART.230- Les collectivités locales participent au financement des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur
- BEJEAN S, Economie du système de santé : du marché à l'organisation » Ed ECONOMICA, Paris, 1994.
- BENMANSOUR Sonia, « La contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux», Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, UMMTO, 2017.

- BENOIT Christine, Manager un établissement de santé, 2e éd, Le Mans, Edition GERESO, 2015.
- BOULAHBAL. B : «besoin sociaux à l'Horizon 2025 », l'Algérie de demain, Alger, décembre 2008, in http://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/06423.pdf.
- BOULAHRIK Mohand, Financement du système de santé Algérien, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 2016, N° 33.
- CHACHOUA.L. Colloque international sur les politiques de santé. Le système national de santé 1962 à nos Jours, Alger, MSPRH, 2014.
- DEGOULET, Patrice., FISCHI, M. Traitement de L'Information Médicale Méthodes et Applications Hospitalières .paris : Edition Masson, 1991.
- Groupe PRESENCES international Sarl (2012) : «systèmes d'information intégrés : Pourquoi "triple comptabilité"». www.presence international.com.
- Guide méthodologique pour la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogène : « Canevas A : les états de consommation par service (charges) et Canevas B : les états statistiques des activités des services médicaux et du plateau technique »
- Guide méthodologique pour la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogènes, Ministère de la santé et de la population, direction de la planification et de la normalisation Alger, septembre 2001.
- Guy Rimbault, "Lexique – index in comptabilité analytique et gestion prévisionnelle : outils de gestion de Guy Rimbault "éd Chihab Eyrolles col comptabilité paris1991, Alger 1996.
- HABBAS Kamel, CHENANE Zahia, Présentation du nouveau système de la comptabilité hospitalière « 3coh » Cas : du CHU de Tizi-Ouzou, Master en sciences économiques, faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, Economie de la santé, Algérie, 2020.
- Helene Löning Et (AL), « le contrôle de gestion : organisation, outils et pratiques », 3eme édition, dunod, Paris, 2008.
- International journal of public secteur Management 2002.

- La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, article 04.
- La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, article 05.

- Manuel de comptabilité hospitalière 3COH, mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers, 2013.
- MARTINE BROIDO, «Initiation à l'économie de la santé avec les logiciels Eco-Santé», Les producteurs du secteur de la santé, IRDES, Juillet 2006.
- MOULAI FAIROUZE, ZEGGANE KARIMA, Contribution à l'étude de l'apport du nouveau système triple Comptabilité hospitalière sur les pratiques de contrôle de gestion en Algérie : Cas de l'EPH d'Akbou, MASTER en Sciences Economiques, économie de santé, Université Abderrahmane Mira de Bejaïa .2013.p18.
- Mr SALMI Madjid, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle: éléments pour une évaluation de la qualité des soins ».
- MSPRH: Compte nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003.
- Northcott et Llewelly .Challenges in costing health care service: Recent evidence from the UK.
- P. MYKITA et J. TUSZYNKI, Comptabilité analytique, Editions Foucher, Paris 2000.
- PRÉSENCES INTERNATIONAL, Guide de l'utilisateur « projet 3coh » février 2010.
- PRÉSENCES INTERNATIONAL, Manuel de comptabilité hospitalière septembre 2013.
- Projet3COH:«Guide de l'utilisateur», Algérie, 2013.
- Rapport NABNI 2020, Cinquante chantiers de rupture pour bâtir l'Algérie de 2020, Alger, NABNI, 2013.
- ZEHNATI Ahcéne, Reflets de l'économie sociale, Les Évolutions récentes du système de santé Algérien, Alger, CREAD, Centre de recherche en économie appliquée pour le développement, 2017.
- ZIANI .Z : « Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012.

Webographie

- www.linternaute.com/dictionnaire/définition/package
- www.nabni.org.
- www.sante.gov.dz.
- http://www.ecosante.fr/
- http://www.hcp.ma/glossary/Taux-d-occupation-des-lits-d-hopitaux_gw104.html
- http://www.hplus.ch
- http://www.mf-dgc.gov.dz.
- http://www.passue.dz.
- https://fr.wikipedia.

Annexes

Annexe 01: Les immobilisations recensées au CHU au 31/12/2017

Liste par famille | Graphe des valeurs par famille

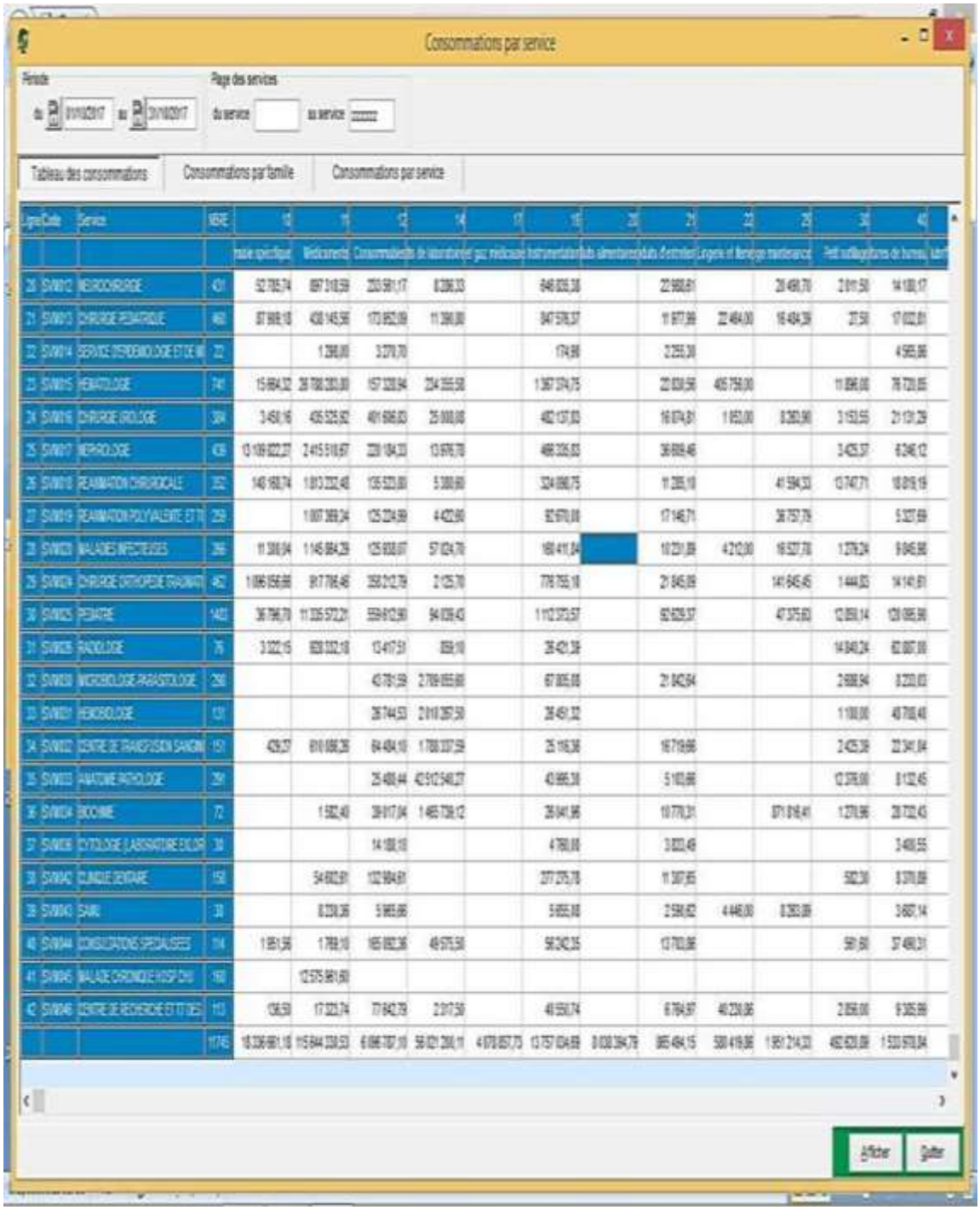
					Valeur			
No	Famille	Abréviation	Désignation	Nombre	Acquisition	Amortissement	Nette	%
1	01	LOG	Logiciels	10	3 064 400,00	1 565 233,20	1 499 166,80	0,13
2	02	AII	Autres immobilisations incorporelle	1	45 220,00		45 220,00	
3	20	IST	Installations techniques	57	253 362 259,83	140 719 326,56	112 642 933,27	9,99
4	21	MTM	Matériel médical	2849	2 903 059 842,51	1 960 491 912,11	942 567 930,40	83,58
5	23	AMM	Accessoires pour matériel médical	86	4 247 147,00	4 114 551,06	132 595,94	0,01
6	24	MOM	Mobilier médical	4635	436 540 915,05	404 673 669,34	31 867 245,71	2,83
7	26	ETM	équipement électroménager	337	16 901 889,14	11 932 721,72	4 969 167,42	0,44
8	40	MOB	Mobilier de bureau	9028	204 097 305,30	191 985 415,33	12 111 889,97	1,07
9	41	EQB	équipement de bureau	101	13 015 640,94	9 515 864,50	3 499 776,44	0,31
10	42	MTI	Matériel informatique	1688	42 397 049,68	39 462 517,42	2 934 532,26	0,26
11	43	MAC	Matériel audiovisuel et de communication	285	10 526 572,44	6 661 934,62	3 864 637,82	0,34
12	44	MOD	Mobilier Divers	1251	27 777 508,78	21 524 520,59	6 252 988,19	0,55
13	50	OUE	Outillage d'électricité	1	158 921,10	89 995,68	68 925,42	0,01
14	53	OUF	Outillage de froid	10	1 495 000,00	1 495 000,00		
15	54	OTE	Outillage d'entretien	132	4 266 467,75	2 751 451,80	1 515 015,95	0,13
16	55	OUS	Outillage de cuisine	28	5 348 174,90	4 262 929,71	1 085 245,19	0,10
17	56	OUV	Outillage Polyvalant	3	105 000,00	38 468,55	66 531,45	0,01
18	60	LIL	Lingerie et literie	831	8 010 546,30	7 708 044,43	302 501,87	0,03
19	80	MTA	Matériel automobile	29	77 277 586,36	74 976 586,36	2 301 000,00	0,20
				21362	4 011 697 447,08	2 883 970 142,98	1 127 727 304,10	

21362 4 011 697 447,08 2 883 970 142,98 1 127 727 304,10

EXCEL | Imprimer | Calculer | Quitter

Source : Logiciel 3 COH appliqué au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Annexe 02: La consommation interne des services du 01/10/2017 au 31/10/2017



Source : Logiciel 3 COH appliqué au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Annexe 03 : L'activité du CHU du 01/10/2017 au 31/10/2017

Résultats analytiques

Période — Exercice 2017 — octobre — du 01/10/2017 au 31/10/2017

Plage des sections — de … à …

Section	U.O.	Production	Valeur	Cout U.O.
CHIRURGIE GENERALE	K	16647	10 115 986,05	607,67
CHIRURGIE INFANTILE	K	629	7 479 957,14	11891,82
GYNECOLOGIE	K	1028	5 220 084,29	5117,71
NEURO CHIRURGIE	K	754	8 785 399,28	11651,72
OPHTALMOLOGIE	K	913	4 894 682,68	5361,1
ORL	K	969	6 483 897,53	6753,05
TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE	K	697	11 784 467,62	16907,41
UROLOGIE	K	5541	7 032 935,67	1269,25
CHIRURGIE THORACIQUE	K	628	3 204 233,61	5168,12
ANESTHESIE REANIMATION	JH	0	11 598 986,22	0
CARDIOLOGIE	JH	855	9 949 778,75	11637,17
DERMATOLOGIE	JH	349	2 195 992,34	6291,38
DIABETOLOGIE	JH	805	2 627 252,18	3263,67
GASTRO-ENTEROLOGIE	JH	336	2 075 430,55	6176,88
HEMATOLOGIE	JH	461	46 796 453,80	101510,75
INFECTIEUX	JH	687	5 878 718,72	8557,69
MEDECINE INTERNE	JH	979	25 218 841,81	25759,8
NEONATOLOGIE	JH	770	5 538 903,59	7193,38
NEPHROLOGIE	JH	655	5 766 486,66	8803,82
NEUROLOGIE	JH	731	3 279 793,26	4486,71
ONCOLOGIE	JH	1495	53 945 134,90	36083,7
PEDIATRIE	JH	3467	101 072 194,66	29152,64
PNEUMOLOGIE	JH	1634	4 968 858,78	3059,28
PSYCHIATRIE JH	JH	186	3 139 194,02	16877,38
REANIMATION MEDICALE	JH	151	5 035 212,44	33345,78
RHUMATOLOGIE	JH	812	2 195 022,35	2703,23
PU MEDECINE	P	2897	20 327 551,68	7537,1
CONSULTATIONS EXTERNES	C	0	3 781 017,68	0
MEDECINE DE TRAVAIL	C	0	1 929 149,59	0
MEDECINE LEGALE	C	0	1 101 626,05	0

443 744 227,80

Acte	Designation	Cotation	Nombre d'IKO	Nbre d'actes	Coût acte
7011010001	LOBOISTHENECTOMIE DROITE	80	320	4	48 813,60
7011010002	LOBOISTHENECTOMIE GAUCHE	80	240	3	48 813,60
7011010003	THYROIDECTOMIE TOTALE	171	1197	7	103 911,57
7011010004	GOITRE	121	1573	13	73 528,07
7011020001	CHOLECYSTECTOMIE S/ COELIO	121	968	8	73 528,07
7011020002	CHOLECYSTECTOMIE SIMPLE	121	847	7	73 528,07
7011020004	CHOLECYSTECTOMIE + DRAIN TRANS CYSTIC	121	242	2	73 528,07
7011090003	JEJUNOSTOMIE	195	195	1	118 485,65
7011100006	PANCREAS	100	200	2	60 767,00
7011110003	FISTULE ANALE	51	204	4	30 991,17
7011110014	NEO DU RECTUM	100	400	4	60 767,00
7011130005	RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE INTESTIN	200	1000	5	121 534,00
7011150001	SPLENECTOMIE PARIELLE + ANOPLASTE	361	722	2	219 368,07
7011170010	EVENTRATION H.D+LIGNE B.H.CRURALE	85	425	5	51 651,95
7011170014	EVENTRATION RECIDIVE	50	150	3	30 383,50
7011170015	CHOLECYSTITE(CHOLECYSTECTOMIE)	80	560	7	48 813,60
7011170017	GIST	300	300	1	182 301,00
7011170018	POLYPE VESICULAIRE	80	240	3	48 813,60
7016010014	K.C DU COLON	200	400	2	121 534,00
7016010015	K.C DU RECTUM	200	200	1	121 534,00
7016010024	L.V SOUS COELIOSCOPE	40	1000	25	24 306,80
7016010040	HERNIE OMBILICALE	80	240	3	48 813,60
7016010064	CHOLECYSTECTOMIE	80	560	7	48 813,60
7016010080	RETABLISSEMENT DE CONTINUITE D'UNE PLAI	200	1000	5	121 534,00
7016010104	SPLENECTOMIE	100	200	2	60 767,00
7016010125	HERNIE INGUINALE	80	1360	17	48 813,60
7068010013	KYSTE HYDATHIQUE DU FOIE (KHF)	131	131	1	79 604,77
7068010014	LV	80	1440	18	48 813,60
7068010016	LVBP	120	240	2	72 920,40
7068010019	POLY KYSTOSE HYATIQUE	31	93	3	18 837,77

Sections — Principales (coûts complets) — Auxiliaires (charges directes)

Cumuler — Lister — Valider — Imprimer — Quitter

Source : Logiciel 3 COH appliqué au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Annexe 04 : Tableau canevas A1 effectif –masse salariale.

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU

EFFECTIF-MASSE SALARIALE

TABLEAU A1

MOIS DE ANNEE

GRADES	MEDICINE INTERNE		CARDIOLOGIE		REANIMATION MEDICALE		INFECTIEUX		PSYCHIATRIE		PEDIATRIE 1		PEDIATRIE 2		NEONATOLOGIE	
	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT
Professeurs																
Docents																
Maitres Assistants																
Spécialistes																
Généralistes																
Pharmaciens																
Chir-Dentistes																
Résidents																
S/T Médical	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Psy-Orthophonistes																
Biologistes																
P E P M																
Infirmiers Principaux																
Inf-Dipl d'Etat																
Infirmiers Brevetés																
Aides Paramédicaux																
S/T Paramédical	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Administratifs																
Techniques																
Economiques																
S/T Autres	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

1

Calcul des Coûts

Source : Calcul des couts par la section homogène au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Annexe 05: Tableau canevas B1 Activités des services d'hospitalisation et de consultation.

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU

TABLEAU B1

ACTIVITES DES SERVICES D'HOSPITALISATION

ET DE CONSULTATION

MOIS DE ANNEE

SERVICE	Nbre de Lits	Nbre de Malades admis	Nbre de J-H	Nbre de Package	Nbre Consultation Externes	D M S	T O M %
1-Médecine Interne						#DIV/0!	#DIV/0!
2-Cardiologie						#DIV/0!	#DIV/0!
3-Réanimation Médicale						#DIV/0!	#DIV/0!
4-Infectieux						#DIV/0!	#DIV/0!
5-Psychiatrie						#DIV/0!	#DIV/0!
6-Pédiatrie I						#DIV/0!	#DIV/0!
7-Pédiatrie II						#DIV/0!	#DIV/0!
8-Néonatologie						#DIV/0!	#DIV/0!
9-Néphrologie						#DIV/0!	#DIV/0!
10-Ch-Générale						#DIV/0!	#DIV/0!
11-Ch-Orthopédique						#DIV/0!	#DIV/0!
12-Ch-Urologie						#DIV/0!	#DIV/0!
13-Ch-Infantile						#DIV/0!	#DIV/0!
14-Neuro Chirurgie						#DIV/0!	#DIV/0!
15-Pneumo-Phtisiologie						#DIV/0!	#DIV/0!
16-Rhumatologie						#DIV/0!	#DIV/0!
17-Diabétologie						#DIV/0!	#DIV/0!
18-Hématologie						#DIV/0!	#DIV/0!
19-Neurologie						#DIV/0!	#DIV/0!
20-Rééducation fonctionnelle						#DIV/0!	#DIV/0!
21-Dermatologie						#DIV/0!	#DIV/0!
22-Ophtalmologie						#DIV/0!	#DIV/0!
23-O-R-L						#DIV/0!	#DIV/0!
24-Médecine de travail						0,00	0,00%
28-Médecine légale						0,00	0,00%
29-Urgences de Chirurgie						0,00	0,00%
30-Urgences de Médecine						0,00	0,00%
31-Urgences de Pédiatrie						0,00	0,00%
32-SAMU 15						0,00	0,00%
33-Réanimation Chirurgicale						#DIV/0!	#DIV/0!
34-Oncologie						#DIV/0!	#DIV/0!
35-Gynecologie						#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL	-	-	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!

81

Calcul des Coûts

Source : Calcul des couts par la section homogène au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Annexe 06: Tableau canevas C1 Répartition primaires des charges.

TABLEAU C1
TRIMESTRE ANNEE

	SECTIONS AUXILIAIRES						SECTIONS PRINCIPALES			
	Laboratoires	Radiologie	SEMEP	Administration	Services Economiques	Services Sociaux	Medecine Interne	Cardiologie	Réanimation Médicale	Infectieux
PERSONNEL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ALIMENTATION	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FOURNITURES DIVERSES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ENTRETIEN § MAINTENANCE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SOUS TOTAL	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
CHARGES COMMUNES	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Source : Calcul des couts par la section homogène au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Table de matière

Remerciements
Dédicaces
Sommaire
Liste des abréviations
Liste des Schéma
Liste des tableaux
Liste des figures
Introduction Générale…… 02

CHAPITRE I : CALCUL DES COUTS PAR LE SYSTEME 3 COH

Introduction…… 06

Section 01 : La description de la méthode de section homogène…….. 07

1. Présentation de la méthode des sections homogènes……... **07**
1.1. Historique et définition …… **07**
1.2. Les principales notions à définir…….. **08**
1.3. Les moyens nécessaires pour la mise en place de la méthode des sections homogènes... **09**
1.3.1. Un tableau de bord……. **09**
1.3.2. La Nomenclature des actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et leur codification……... **10**
1.3.3. Le logiciel de calcule…….. **11**
1.3.4. La fiche navette…….. **11**
1.3.5. Nombre de lits (ou de lits occupés) d'un établissement hospitalier……... **11**
1.3.6. Nombre d'admissions, de sortie ou de transferts……... **11**
1.3.7. Nombre de journées d'hospitalisation par patient…….. **11**
1.3.8. Le package ……. **11**
2. Les apports et les Limites de la méthode de section homogène……... **12**
2.1. Apports de la méthode de section homogène…… **12**
2.1.1. Intégrer ce système selon différents niveaux de complexité…….. **12**
2.2. Les limites de la méthode des Section homogènes dans les établissements hospitaliers.. **13**
2.2.1. Limites liée à la gestion budgétaire…….. **13**
2.2.2. Limite liée au découpage analytique…… **16**
2.2.3. Limite liée au système d'information comptable……. **17**
2.2.4. Limite liée à la vocation et structure de l'EPS : (Etablissement Public de santé)…… **17**

Section 02: Aperçu générale sur le 3COH……... 19

1. Présentation du système de triple comptabilité hospitalière…… **19**
1.1. La nécessite d'une comptabilité des coûts…… **19**
1.2 L'intégration des trois comptabilités……. **20**
1.3 Le logiciel 3COH……..……. **20**
2. Les principaux objectifs du système triple comptabilité 3COH…….. **21**
3. Les composants du système triple comptabilité hospitalière…….. **22**
3.1. Comptabilité générale……... **22**
3.1.1. Définition de la Comptabilité générale……. **22**

3.1.2. L'organisation de la comptabilité générale…… **22**
3.1.3. Les objectifs de la comptabilité générale ……. **23**
3.1.4. Le fonctionnement de la comptabilité générale……... **24**
3.1.5. L'apport de la comptabilité générale……. **24**
3.2. La comptabilité budgétaire…… **25**
3.2.1. Les principes de la comptabilité budgétaire……... **25**
3.2.2. Les rapports du la Comptabilité budgétaire…….. **26**
3.2.3. La différence entre comptabilité budgétaire et comptabilité générale…….. **26**
3.3. La comptabilité analytique……... **26**
3.3.1. Les objectifs et finalité de la comptabilité analytique……... **27**
3.3.2. Présentation de la comptabilité analytique en tant que système de gestion interne….. **28**

Section 03 : L'organisation et fonctionnement du système 3COH…… 29

1. L'organisation générale du système 3COH…… **29**
1.1. Notion de transaction et de module……. **29**
1.2. Notion de journal…….. **34**
1.3. Saisir, mettre à jour, validé, centraliser……. **35**
1.4. Notion de période et d'exercice…… **36**
2. le fonctionnement du système 3COH……... **37**
2.1. L'installation du logiciel 3COH…… **37**
2.2. Le paramétrage……. **38**
2.3. L'importation de la situation de départ…… **38**

Conclusion …….. 40

CHAPITRE II : ADAPTATION DU 3COH DANS LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

Introduction…… 42

Section 01 : Présentation du système de santé algérien et son évolution……. 43

1.1. Le système de santé algérien …….. **43**
1.2. Evolution des modes de financement du système de santé algérien…… **44**
1.2.1. Période de financement mixte (1962-1974)……... **44**
1.2.2. Période de gratuité des soins « dotation global » (1974-1988) ……. **45**
1.2.3. Période de réaménagement (1988-1998) ……... **46**
1.2.4. Période de croissance (1999-2014) …….. **48**
1.2.5. Situation sanitaire actuelle et condition de santé de la population……. **50**
1.3. Analyse de l'offre de soins **53**
1.4. Les sources de financement des hôpitaux……. **54**
1.4.1. L'État…….. **55**
1.4.2. La sécurité sociale…….. **55**
1.4.3. Les ménage …… **55**

Section 2 : Le financement du système de santé algérien……... 56

2.1. Les sources de financement de la santé en Algérie……... **56**
2.1.1. L'Etat…….. **57**

2.1.2. La sécurité sociale…….. **57**
2.1.3. Les ménage……. **57**
2.1.4. Les mutuelles…….. **57**
2.1.5. Les collectivités locales…….. **57**
2.2. Evolution des sources de financement de la santé en Algérie……... **58**

Section3 : Evaluation du 3COH dans les établissements publics de santé en Algérie… 62

1.évaluation générale sur le système triple comptabilité hospitalière…….. **62**
1.1. Première étape…….. **63**
1.1.1. L'implantation et la validation des systèmes dans les 13 sites pilotes……... **63**
1.1.2 .L'étude diagnostic …… **63**
1.2. Deuxième étape ……..... **64**
1.2.1. Le déploiement sur l'ensemble des sites……... **64**
2. L'impact du système triple comptabilité hospitalière dans les établissements publics de santé en Algérie …….. **65**

Conclusion……... 68

CHAPITRE III: CONTRIBUTION DU 3COH SUR LES PRATIQUES DE CONTROLE DE LA GESTION AU SEIN DE CHU TIZI OUZOU

Introduction…… 70

Section 01 : Présentations de l'organisme d'accueils CHU de Tizi-Ouzou……... 71

1. Présentations de l'organisme d'accueils…….. **71**
1.1. Historique du CHU de Tizi-Ouzou……... **71**
1.2. Présentation du CHU de Tizi-Ouzou…… **71**
1.2.1. Unité NEDIR Mohamed…… **71**
1.2.2. Unité BELLOUA…….. **72**
1.3. Mission du CHU de Tizi-Ouzou……... **72**
1.3.1En matière de santé…….. **72**
1.3.2. En matière de formation……. **72**
1.3.3 En matière de recherche…… **72**
1.4. Volet de financement du CHU…….. **73**
1.4.1. Les recettes comprennent……... **73**
1.4.2 Les dépenses comprennent …… **73**
1.5. Organisation et fonctionnement du CHU de T-O ……... **73**
1.5.1 Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou……. **74**
1.5.1.1 Direction du CHU de T-O……...……. **75**
1.5.1.2 Le conseil d'administration ……...……. **75**
1.5.1.3 Le conseil scientifique…….. **76**
1.5.1.4 Directions de l'organisation administrative……. **76**
1.5.2. Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou……... **78**
1.5.3. Sous-direction des activités de santé……..... **82**
2. Présentation du service « centre de calcul »……. **84**
2.1. Service informatique…… **84**
2.1.1 Les missions du service informatique……. **85**
2.2 présentation du service centre de calcul ……... **86**

Section 02 : L'application de 3 COH au sein de CHU TIZI OUZOU……... 89

1. La mise en œuvre du système 3COH……... **89**
1.1 La collecté des donnée …….. **89**
1.1.1 Le module gestion des stocks…….. **90**
1.1.2 En matière d'achat …….. **90**
1.1.3 En matière de budget (module budget)……... **90**
1.1.4 En matière de FACTURATION (module FACTURATION REGIE)…… **90**
1.1.5 Le module Consommation…….. **90**
1.2. L'enregistrement des données…….. **91**
1.2.1 La saisie……... **91**
1.2.2 La mise à jour…….. **91**
1.2.3 La validation…… **91**
1.2.4 Centralisation…….. **92**
1.2.5 Le tableau de bord …….. **92**
2. Le fonctionnement de la méthode des sections homogène au sein du CHU Tizi-Ouzou ... **93**
2.1. Le choix des objets de coûts…….. **94**
2.2. Le découpage du CHU de Tizi-Ouzou en centres d'analyse…… **95**
2.3. le choix des clés de répartition et des unités d'œuvre……... **96**
3.4. La collecte des données…… **96**
3.4.1. Les charges (canevas A)……. **96**
3.4.2. Les activités (canevas B)…… **98**
3.5. La répartition des charges……. **100**

Section 03 : les limites et difficultés du système 3COH…….. 101

1. les limites et difficultés du système 3COH…….. **101**
1.1. Inadaptation du logiciel à certaines exigences de la gestion hospitalière……. **101**
1.2 Difficultés liées à La Valorisation des Immobilisations…….. **101**
1.3 Faiblesses de L'étude Diagnostic du Système d'Information Existant avant l'implémentation du Logiciel 3coh…….. **102**
1.4. Absence d'une interface entre le logiciel 3coh et le système de calcul des coûts mis en place dans les établissements de santé……. **102**
1.5. Système non encore Fonctionnel et Retard dans la mise en exploitation du projet 3coh. **102**
2. Perspectives du CHU……... **103**
Conclusion……... 104
Conclusion générale……... 106
Bibliographie.
Annexes
Table de matière
Résumé

Résume :

L'hôpital accompli 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. Le MSPRH a mis en place un système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes. Malgré les avantages multiples que génère cette méthode, il faut évaluer la possibilité d'implanter ce modèle dans le contexte organisationnel des hôpitaux. . En effet, la mise en place du système 3COH est l'une des solutions proposé à ce problème de gestion hospitalière ; il vise notamment à remédier à ce déficit en information de gestion dont souffrent les hôpitaux algériens

Mots clés : Système de triple comptabilité hospitalière (3COH), CHU de Tizi Ouzou, section homogène. Algérie

Summarizes:

The hospital accomplishes a specific mission; it is an organization that contributes to the preservation and improvement of the health of the population. Adding to this that the public hospital provides a mission of general interest. Hospital funding sources are becoming increasingly scarce and their optimal use is necessary; such logic implies a cost assessment approach and a measure of the effectiveness of activities within the hospital. The MSPRH has set up a system for calculating costs using the homogeneous sections method. Despite the multiple benefits of this method, the feasibility of implementing this model in the hospital organizational context must be assessed. Indeed, the implementation of the 3COH system is one of the proposed solutions to this hospital management problem; it aims in particular to remedy this lack of management information suffered by Algerian hospitals

Keywords: Hospital triple accounting system (3COH), CHU de Tizi Ouzou, homogeneous section. Algeria.