

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou
Faculté des Sciences Economiques et des Sciences de Gestion

Mémoire

En vue de l'Obtention du diplôme de Magister en Sciences Economiques Option
« Economie Publique Locale et Gestion des Collectivités Locales ».

Thème

Réflexion, analyse et perspectives de la gestion du service public
de la santé à travers l'étude de la maîtrise des coûts sanitaires :
Cas du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI.

Présenté par :
M^{elle}. TOUBAL Farida

Sous la direction de :
D^r ALI-ZIANE Mohand Ouamer

Jury de soutenance composé de :

Président : D^r. TESSA Ahmed, Maître de Conférences, Université de Tizi-Ouzou ;

Rapporteur : D^r. ALI-ZIANE Mohand Ouamer, Maître de Conférences, Université de Boumerdes ;

Examineurs : Dr. ABIDI Mohamed, Docteur en Economie, Université de Tizi-Ouzou ;

D^r. BOUFEDJI Abdelwahab, Maître de Conférences, Université de Boumerdes ;

D^r. KAID-TLILANE Nouara, Maître de Conférences, Université de Bejaia.

Date de soutenance : le 23-10-2008.

Remerciements

Je tiens à exprimer, en cette occasion, ma plus grande reconnaissance et ma profonde gratitude à mon encadreur M^r Ali ZIANE M.O. pour avoir accepté de diriger ce travail, pour sa parfaite disponibilité et ses conseils, mais surtout pour ses motivations et ses encouragements.

En outre, mes remerciements les plus distingués vont à l'ensemble des membres du jury, pour avoir accepté d'examiner mon travail.

Par ailleurs, je remercie tous les enseignant(e)s qui ont contribué à ma formation, ainsi que toute l'équipe de la bibliothèque des sciences économiques et des sciences de gestion.

Cependant, à ce stade, je ne peut omettre d'exprimer mes profonds remerciements à toute l'équipe du service du personnel ainsi que celle du service du calcul des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI, pour avoir accepté de m'aider à avoir accès à leurs services respectifs en toute fluidité et transparence, afin de finaliser mon travail, ainsi que pour leur précieuse aide en acceptant de répondre à toutes mes séances de travail et à certaines de mes interrogations.

Je remercie également à cette occasion, M^r Aissat Amar, l'ancien directeur du secteur sanitaire de BOGHNI, grâce à qui, l'accès aux informations m'a été sans aucune difficulté, ainsi qu'à ma très chère sœur : M^{me} Aissat karima, pour son aide et sa patience.

Que toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, trouve ici mes remerciements les plus sincères.

Dédicaces

Je dédie ce travail à mon très cher père, en le remerciant d'avoir été compréhensif et patient, ainsi que pour toutes ses motivations.

A ma très chère mère, pour ses encouragements et sa patience.

A mon frère, mes quatre sœurs et leurs maris respectifs.

A toutes mes nièces et à mes neveux.

A toute ma famille en France.

A mon fiancé Arezki.

A tous mes ami(e) s, en particulier Farida et Safia.

A tous les membres de la PG : EPL/GCL.

Liste des abréviations

Adm : Administration
AM : activité majeure
Art : Article
B O : Bloc opératoire
CA : Comptabilité analytique
CAGH : Comptabilité analytique de gestion hospitalière
CHU : Centre hospitalo-universitaire
CR : Centre de responsabilité
DJH : Dépenses d'une journée d'hospitalisation
DMS : Durée moyenne de séjour
EHS : Etablissement hospitalier spécialisé
EPH : Etablissement public hospitalier
EPSP : Etablissement public de santé de proximité
FC : fonction clinique
FMT : Fonction médico-techniques
GLE : Général
JH : Journée d'hospitalisation
Med.inter : Médecine interne
MSP : Ministère de la santé publique
NBR : Nombre
Rép. : Répartition
SA : Section d'analyse
Sces Eco : Services économiques
Sces soc : services sociaux
SEMEP : Service d'épidémiologie et de médecine préventive
SH : Sections homogènes
SIH : Système d'information hospitalier
SP : Sections principales
SS : Secteur sanitaire
TOM : Taux moyen d'occupation des lits
UO : Unité d'œuvre

Indexe des tableaux, schéma et graphes

Tableau N°01 : typologie des biens collectifs.....	P72
Tableau N°02 : Les sources de financement des structures sanitaires en million DA.....	p84
Tableau N°03 : Réalisation d'infrastructures sanitaires.....	P88
Tableau N° 04: Evaluation de l'offre publique de soins : structures fonctionnelles.....	P99
Tableau N°05 : Croisement des charges.....	P134
Tableau N° 06: Sections principales.....	P151
Tableau N°07 : Sections auxiliaires à caractère médical	P152
Tableau N° 08 : Sections auxiliaires à caractère général	P153
Tableau N°09: Clés de répartition (le tableau C4 du CANEVA (C).....	P155
Tableau N°10 : Nombre du personnel par services et par spécialités dans le secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2007.....	P173
Tableau N°11 : Nombre de médecins par spécialité et par services eu sein du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2007.....	P174
Tableau N° 12 : affectation du personnel paramédical par services et par spécialité au sein du secteur sanitaire de BOGHNI.....	P174
Tableau N° 13: Nombre de lit enregistrés au niveau des services médicaux du secteur sanitaire de BOGHNI.....	P176
Tableau N°14 : les sections principales à caractère médical du secteur sanitaire de BOGHNI.....	P181
Tableau N°15 : Les sections auxiliaires du secteur sanitaire de BOGHNI.....	P182
Tableau N°16 : Sources des données	P183
Tableau N° 17 : Nombre des malades admis au secteur sanitaire de BOGHNI durant 2006 et 2007.....	P187
Tableau N°18 : Nombre de journée d'hospitalisation réalisées au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI	P188
Tableau N°19 : la durée moyenne du séjour (DMS), au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI.....	P189
Tableau N°20 : le taux moyen d'occupation des lits au sein du secteur sanitaire de BOGHNI.....	P190
Tableau N° 21 : Répartition primaire des charges aux sections auxiliaires.....	P 192
Tableau N°22 : répartition primaire des charges aux sections principales durant l'année2006 et 2007, au sein du secteur sanitaire de BOGHNI (En DINARS.....	P193
Tableau N° 23 : répartition secondaire des charges aux sections auxiliaires durant l'année2006 et 2007, au sein du secteur sanitaire de BOGHNI (EN DINARD).....	P195
Tableau N° 24 : répartition secondaire des charges aux sections principales durant l'année2006 et 2007, au sein du secteur sanitaire de BOGHNI (EN DINAR).....	P196

Tableau N°25 : Tableau récapitulatif de la répartition primaire et secondaire des charges aux sections principales durant l'année 2006 et 2007, au sein du secteur sanitaire de Boghni

Schéma N°01 : relations entre les différents agents de soins.....	P41
SchémaN°02: les biens mixtes « Classification de Buchanan (1968) ».....	P73
Schéma N° 03 : Schéma général de la CAGH	P146
Schéma N° 04 :Organigramme du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI.....	P169
Schéma N° 05 :Fiche navette du secteur sanitaire de BOGHNI.....	P177
SchémaN°06 : Affectation des charges directes aux sections principales et auxiliaires.....	P184
Schéma N°07 : répartition du montant global des charges communes entre les différentes sections principales et auxiliaires.....	P185
Schéma N°08 : la répartition secondaire des charges.....	P185
Schéma N° 09 : calcul des coûts des unités d'œuvres.....	P186
Graphe N°1 : Centralisation et perte de bien-être.....	P81
Graphe N° 02 : Nombre de malades admis au sein du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2006 et l'année 2007.....	P188
Graphe N° 03: Nombre de journées d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI en 2006 et en 2007.....	P189
Graphe N°04 : Taux moyen d'occupation des lits.....	P190
Graphe N°05 : montant global affecté aux sections principales.....	P198
pour l'exercice 2006 et 2007.....	P197
Graphe N°06 : coût d'une journée d'hospitalisation pour l'année 2006 et l'année 2007.....	P200

Sommaire

Introduction générale.....	01
Chapitre I : Approche théorique du service public de la santé	
Introduction au chapitre I.....	08
Section 1 : La théorie néoclassique de la demande de soins.....	09
1-1 : Les fondements de la théorie néoclassique en médecine ambulatoire.....	10
1-2 : Les fondements de la théorie néoclassique en médecine hospitalière.....	13
1-3 : Les limites de la théorie néoclassique appliquée à la demande de soins.....	25
Section 2 : Théorie de la croissance endogène et service public de la santé.....	26
2-1 : Santé et croissance économique.....	26
2-2 : L'analyse du système de soins à travers la théorie de la croissance endogène.....	28
2-3 : Les limites du modèle de M. Grossman.....	33
Section 3 : La théorie de contractualisation en santé.....	34
3-1 : Le modèle standard de la théorie de l'agence.....	34
3-2 : Théorie de l'agence et système de santé.....	39
3-3 : Apport et limites de la théorie de contractualisation en santé.....	49
Section 4 : Approche conventionnaliste et service public de la santé	52
4-1 : Présentation du model standard de l'économie des conventions.....	52
4-2 : L'analyse du système de soins à travers l'approche conventionnaliste.....	60
4-3 : Les limites prédictives de l'approche conventionnelle	66
Conclusion au chapitre I.....	68
Chapitre II : Système national de santé algérien	
Introduction au chapitre II.....	70
Section 1 : Légitimité de l'action publique locale et service public de la santé.....	71
1-1 : Des biens publics purs aux biens publics locaux.....	71
1-2 : De l'Etat central aux collectivités territoriales décentralisées.....	77
Section 2 : Evolution du système national de santé en Algérie.....	83
2-1 : Le système de soin Algérien après l'indépendance et durant la première phase de gratuité des soins : 1962-1984.....	83
2-2 : Le système de santé algérien durant le période de la crise économique : 1985-1994.....	91
2-3 : Le système national de santé après l'adoption du plan d'ajustement structurel (P.A.S) :	

1994 à nos jours.....	97
Section 3 : Collectivités locales et gestion du service public de la santé en Algérie.....	108
3-1 : Rôle des politiques de santé dans le développement durable.....	109
3-2 : La gestion de la santé au niveau local en Algérie.....	114
Conclusion au chapitre II.....	124
Chapitre III : Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie	
Introduction au chapitre III.....	127
Section 01 : Introduction à la comptabilité analytique.....	128
1 -1: Définition et objectifs d'une comptabilité analytique.....	128
1-2 : Les démarches suivies en CA et la méthode de calcul des coûts.....	131
Section 02 : Le calcul des coûts dans un établissement public de soins.....	136
2-1 : Le système comptable hospitalier algérien.....	136
2-2 : Présentation de la Comptabilité analytique de gestion hospitalière (CAGH).....	138
2-3 : Les conditions de la mise en place de la CAGH en Algérie.....	140
Section 03 : Nécessité de mise en place d'une méthode de calcul des coûts en milieu sanitaire : « la méthode des sections homogènes ».....	149
3-1 : Présentation de la méthode des sections homogènes.....	149
3-2 : Les différents principes de la méthode des sections homogènes.....	156
Conclusion au chapitre III.....	164
Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI	
Introduction au chapitre IV	165
Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil : le secteur sanitaire de la commune de BOGHNI.....	166
1-1 : Historique et structures.....	166
1-2 : Organisation et rôle du secteur sanitaire de BOGHNI.....	168
1-3 : Les modalités de gestion du secteur sanitaire de BOGHNI.....	172

Section 02 : Calcul des coûts et application de la méthode des sections homogènes au sein du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI.....180

2-1 : Présentation des principales étapes de calcul des coûts au sein du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI181

2-2 : fonctionnement de la méthode des sections homogènes et le calcul d'une journée d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI.....187

2-3 : Limites et perspectives de la méthode des sections homogènes appliquée dans les établissements publics de soins en Algérie.....201

Conclusion au chapitre IV.....205

Conclusion générale206

Introduction générale

N. Tanti -Hardouin définit l'objet de l'économie de la santé comme « une discipline qui évalue en terme de coût et d'efficacité la production de soins et de services médicaux allouée à une population. »¹

Toutefois, les statistiques mondiales affirment une réalité majeure qui inquiète l'ensemble des instances dirigeantes des différents pays du monde : les dépenses de santé² prennent une part de plus en plus importante dans le produit intérieur brut (PIB) et croissent plus rapidement que ce dernier. Les économistes tentent alors d'analyser les problèmes de santé tout en s'interrogeant sur les causes de la croissance des coûts sanitaires et en essayant d'apporter quelques solutions adéquates.

Ce constat d'évolution progressive des dépenses de santé constitue un événement mondial qui concerne tous les pays, qu'ils soient développés ou en voie de développement. Toutes les nations endurent donc une augmentation des coûts de santé, même si celles-ci sont soumises à des mesures et à des pratiques différentes.

Néanmoins, dans la plupart des pays développés, la croissance des dépenses de santé a été plus rapide que celle du PIB. En France par exemple, les dépenses de santé ont augmenté en moyenne de 18% par an entre 1950 et 1980, alors que le PIB augmentait pendant la même période de 12%³.

La non compatibilité des deux taux de croissance du PIB et des dépenses de santé, a conduit les différents pays du monde à organiser une maîtrise des dépenses sanitaire et à réaliser des choix entre de nombreux programmes de santé.

Ceci dit, afin de pouvoir faire face au problème de croissance des dépenses sanitaires et dans le but de la maîtrise des coûts, différentes réformes ont été mises en œuvres dans quasiment tous les pays. Cela a engendré aujourd'hui, l'existence de trois systèmes sanitaires dans le monde, basés sur des raisonnements distincts : En Europe, on constate l'existence de deux différents systèmes, à savoir, le système professionnel dit de **BISMARCK** apparu en Allemagne, et le système universel dit de **BEVERIDGE**, alors qu'en Amérique, on retrouve un autre système appelé **le système libéral**.

¹ :Tanti-Hardouin.N, Economie de la santé, Armand colin, Paris, 1994, 268p.

² : Il faut préciser que tout au long de ce travail, on utilisera les termes santé et soins dans le même sens, sans aucune différence entre les deux.

³ : Beresniak.A, Duru.G, Economie de la santé, MASSON, Paris, 1992-2000, 215P.

Aux Etats-Unis, pays du libéralisme et du marché, les Américains considèrent que la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée et que le marché doit répondre à ce besoin plutôt que l'Etat. Par conséquent, l'impôt finance 40% de la dépense sanitaire, alors que les assurances et les malades financent chacun 30%⁴.

Cependant, en Europe, les trois quarts des pays à savoir : Le Royaume Uni, L'Irlande et L'Islande, tous les pays du Nord : Suède, Norvège, Finlande, Danemark, et tous les pays du sud : Italie, Espagne, Portugal et Grèce, appartiennent aujourd'hui au système de **BEVERIDGE** appelé aussi **universel**, où la sécurité sociale est considérée comme « une composante de toute politique de progrès social » et le pouvoir d'achat ainsi redistribué, comme « une partie substantielle de la demande globale ». Le droit aux soins et à l'assurance maladie dans ce système, constitue un attribut de la citoyenneté. Tous les citoyens et les résidents étrangers en situation régulière en bénéficient et les soins sont souvent gratuits pour les malades. Les moyens nécessaires proviennent principalement des impôts.

L'autre système européen est celui dit de **BISMARCK** ou **professionnel** auquel appartiennent les différents pays de l'Europe centrale à savoir, la Belgique, l'Allemagne et l'Autriche et où le droit aux soins et à l'assurance maladie constitue des attribues du travailleur et de sa famille. Les prestations sont donc financées par les intéressés (l'entreprise et les travailleurs).

Tout cela caractérise les systèmes occidentaux. La réalité du système sanitaire des pays du tiers monde et en particulier de celui de l'Algérie ne déroge pas à ce constat des réformes et connaît lui aussi différentes logiques, dans le but de la maîtrise des coûts et des dépenses de santé.

Le système de santé algérien est considéré comme une structure indépendante ayant pour principal objectif la satisfaction des besoins en services de santé de la population. Cependant, ce système est confronté à de multiples problématiques, imposant des choix profonds et stratégiques et s'articulant autour de la nécessité de satisfaire les besoins de la population tout en garantissant l'accessibilité aux soins, notamment aux catégories de population vulnérable et démunie.

De ce fait, le problème de croissance des dépenses sanitaires reste un souci mondial auquel les pouvoirs publics doivent faire face.

C'est pourquoi, dans le souci de rechercher l'efficacité et l'efficience dans la gestion des établissements publics de santé et d'arriver à maîtriser les dépenses sanitaires, une méthode de calcul des coûts est actuellement appliquée au niveau des établissements algériens de santé publique, à savoir la comptabilité analytique hospitalière. Cette même méthode consiste dans le

⁴ : Majoni d'Intignano.B, Economie de la santé, PUF, Paris, 2001, 438P.

calcul des coûts en affectant des charges directes et en imputant des charges indirectes à des catégories comptables. Tout calcul, qu'il s'agisse de coût d'un séjour, d'une pathologie ou d'une activité prend l'allure d'un enchevêtrement complexe d'affectation et d'imputation au moyen clef des répartitions dont les destinataires s'avèrent bien incapables de démontrer la mécanique et par conséquent d'expliquer ou d'en discuter la pertinence.

Sur ce, le souci de l'efficacité de la gestion doit être un élément clef dans les décisions et les choix qu'opèrent les pouvoirs publics sur les méthodes de calcul de coût des établissements hospitaliers. D'où la nécessité de s'interroger sur la nature de cette méthode ainsi que sur ses implications.

La comptabilité analytique hospitalière mise en place en Algérie a-t-elle contribué à une gestion efficiente des établissements publics de santé ? Autrement dit, cette méthode de calcul des coûts sanitaires répond t'elle de manière efficace aux attentes des pouvoirs publics, ou bien, en pratique, des insuffisances et des limites se font ressentir ?

Afin de pouvoir répondre à notre problématique et dans le but d'évaluer le système de comptabilité analytique mis en place en milieu hospitalier en Algérie, notre cadre de recherche se situe principalement au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI. Il est principalement question d'arriver à étudier cette méthode de près et faire ressortir ses limites.

Hypothèses de travail

Vu la nature de notre problématique, nous proposons deux principales hypothèses qui conduisent à la nécessité de l'évaluation du système de la comptabilité analytique hospitalière mis en place en Algérie dans l'objectif de pouvoir l'étudier et en tirer des conclusions:

1. La comptabilité analytique hospitalière mise en place en Algérie contribue à une gestion efficiente des établissements publics sanitaires.

2. La mise en place du système de calcul du coût à travers la méthode des sections homogènes au niveau des établissements publics de soins algériens a fait ressortir des limites qui nuisent à la bonne gestion de ces derniers.

Intérêt de la recherche

L'intérêt de notre recherche consiste dans l'intégration à l'intérieur des secteurs sanitaires afin d'essayer d'analyser la méthode de comptabilité analytique hospitalière conçue comme un outil de maîtrise des dépenses sanitaires et de réalisation d'une gestion efficiente. Il s'agit de mieux comprendre le fonctionnement du système de calcul des coûts sanitaires et d'apporter des

éclaircissements, puis proposer aux responsables une autre méthode dans le cas où la comptabilité analytique appliquée ne répond pas à leurs objectifs.

Nous essaieront d'enrichir l'université d'informations complètes et efficaces sur le système de calcul des coûts sanitaires appliqué en Algérie et sur le fonctionnement et l'organisation des établissements publics de santé, puis intégrer par la suite une équipe de recherche scientifique et travailler sur ce domaine de l'économie de la santé publique.

Objectif de la recherche

Notre travail sur la méthode de calcul de coût en milieu hospitalier se fixe comme objectif de comprendre le fonctionnement de la comptabilité analytique hospitalière et apporter des éclaircissements sur ce qui en est de la pratique de cette méthode au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI, puis l'évaluer en l'étudiant de près, dans le but de voir son impact sur la croissance des dépenses sanitaires et sur l'efficacité de la gestion des établissements publics de santé et faire ressortir ses limites par la suite.

Enfin, nous essayerons de provoquer un intérêt chez les gestionnaires des établissements publics de santé, pouvoirs publics, universitaires, et autres spécialistes du domaine afin de voir la nécessité d'appliquer une autre méthode de calcul des coûts sanitaires dans le cas où nous concluons que la comptabilité analytique remet en cause la bonne gestion et ne répond pas aux objectifs attendus.

Motifs du choix du thème

Les raisons qui nous ont poussés à choisir de travailler sur ce thème sont au nombre de trois :

➤ Ce thème choisi est un sujet qui s'inscrit dans le cadre de notre formation qui est « **l'économie publique locale et gestion des collectivités locales.** » le système de santé est un service public qui doit être étudié et analysé afin de voir son impact sur le développement local, d'où l'utilité de l'étude et de l'évaluation du système de calcul de coût basé sur la méthode de comptabilité analytique, dans le but de saisir son rôle dans la croissance persistante des dépenses sanitaires en Algérie.

➤ le peu de travaux universitaires relatifs à la comptabilité analytique hospitalière appliquée en Algérie nous motive encore plus et nous incite à se rendre au sein des établissements hospitaliers publics afin de voir ce qui est appliqué et d'en tirer les perspectives.

➤ le choix de ce thème a été bien réfléchi et ce pour des raisons personnelles qui sont le fait que dans ce domaine de santé publique et particulièrement dans les secteurs sanitaires, nous

avons des connaissances familiales et des relations amicales qui nous faciliterons l'accès à l'information et aux statistiques de l'établissement en question.

Définition des outils de travail

Il est indispensable d'apporter quelques définitions aux concepts qui peuvent être compris de plusieurs façons, selon les pays et qui peuvent être la cause de confusion ou d'ambiguïté :

- **Comptabilité analytique** : c'est un mode de traitement des données dont les objectifs sont de connaître les coûts des différentes fonctions assumées par l'entreprise et de déterminer les bases d'évaluation de certains éléments de son bilan puis d'expliquer les résultats en calculant les coûts de produits (biens et services) pour les comparer aux prix de ventes correspondants.

D'une manière générale la comptabilité analytique doit fournir tous les éléments sur le calcul de coûts.⁵

- **Comptabilité analytique hospitalière** : c'est un mode de traitement des données, qui a pour but de maîtriser les dépenses de santé et servir d'outil d'aide à la maîtrise de gestion.
- **Un coût** : c'est une opinion, un choix ou même un point de vue.

Le terme de **coût** ne doit pas être confondu avec celui de **prix** : Le mot « **PRIX** » s'applique aux transactions d'une entreprise avec l'extérieur (prix d'achat, prix de vente), un prix implique une notion de résultat. (**H.court et J.Leurion, 1981**).

- **Coût hospitalier** : c'est un ensemble de charges s'appliquant à un secteur ou à une partie de l'établissement hospitalier ou ayant relation avec les différents produits hospitaliers dans toutes les étapes de leurs productions
- **Etablissement hospitalier** : est considéré comme une firme qui offre une certaine gamme de produits.⁶
- **Secteur sanitaire (SS)** : les secteurs de soin de base sont représentés par l'ensemble des unités de soin. Ces structures sont organisées au tour des hôpitaux universitaires, ou non, en secteurs sanitaires. Elles sont dans le cadre d'une politique de santé de distribution à nos soins et à nos moyens, au réseau de distribution de soin absolument essentiel, que ce soit en matière de prévision de diagnostic et de traitement, que de rééducation de surveillance et d'éducation sanitaire.
- **Centre hospitalo-universitaire (CHU)**: il assure la formation et les soins. C'est une institution publique rattachée au ministre de la santé publique.

⁵ : Court.H etLeurion.J, Comptabilité analytique et gestion, Paris, 1981,372p.

⁶ : Béjean. S, Economie de la santé du marché à l'organisation, Economica, Paris, 1994, 317p.

- **Etablissement hospitalier spécialisé (EHS) :** Il assure spécialement des soins spécifiques.
- **La méthode de Section Homogène :** c'est une méthode de détermination des coûts basé sur un découpage de l'entreprise en sections dites homogènes, sans ce sens que la totalité de leurs coûts peut se reporter à une seule unité physique ou monétaire appelée « **unité œuvre** ».
- **Unité œuvre :** c'est une unité physique ou monétaire caractérisant l'ensemble des coûts d'une section homogène.

Méthodologie de la recherche

Pour arriver à nos fins et dans le but de pouvoir étudier ce système de calcul de coûts en milieu hospitalier, il nous est indispensable de choisir la méthode constructive qui nous permettra d'évaluer la comptabilité analytique hospitalière et

L'interpréter, voir ce qui existe en pratique, puis proposer une autre méthode dans le cas où celle-ci fait ressortir des limites.

La méthodologie à adopter pour l'aboutissement de ce travail est orientée vers les axes suivants :

-Consultation du fonds documentaire nécessaire pour la compréhension des concepts et logiques sous entendants le service public de la santé et la comptabilité analytique hospitalière. Cela nous permettra d'esquisser une synthèse sur la complexité du champ sanitaire et en particulier sur la méthode du calcul des coûts.

-Lecture de plusieurs articles spécialisés dans l'économie de la santé.

-Faire des enquêtes auprès des gestionnaires du secteur sanitaire de BOGHNI ayant pour finalité de s'enquérir d'une complexe réalité du terrain.

Par conséquent, l'évaluation de cette méthode de calcul des coûts sanitaires sera accomplie à travers les différentes enquêtes qui seront menés sur le terrain, en interrogeant les différents responsables concernés en commençant du directeur du secteur sanitaire de BOGHNI, les chefs des différents services du secteur sanitaire, etc.

Dans le but de pouvoir répondre à nos principales préoccupations dans ce domaine de l'économie de la santé, nous avons choisi de subdiviser notre travail de recherche en quatre chapitres qui se présentent comme suit :

Le premier chapitre sera réservé à la présentation de l'approche théorique du service public de la santé.

Le second chapitre se portera sur l'étude du système national de soins en Algérie.

Le troisième chapitre sera consacré à la présentation de la méthode de calcul de coût en milieu hospitalier, sa nature et son fonctionnement.

Le dernier chapitre portera sur l'analyse et l'évaluation de la méthode de calculs des coûts, à travers les résultats obtenus dans différents services du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI.

Introduction au chapitre I

L'économie de la santé « se définit traditionnellement de deux manières différentes »¹ : elle se définit par son champ d'intérêt, comme discipline qui analyse la production, la répartition et la consommation des biens et services ayant une utilité et produit grâce à l'usage des facteurs de production : le capital, le travail et le progrès technique. Mais elle se définit aussi par sa méthode en tant que science de l'optimisation des ressources rares, où elle cherche à définir les conditions permettant d'obtenir soit le maximum d'utilité grâce à un montant déterminé de facteurs, soit le coût minimal en facteurs pour un niveau déterminé d'utilité.

Quelle que soit la définition adoptée, la santé relève de l'approche économique. Selon la première définition, l'économie de la santé s'intéresse à l'obtention, à la diffusion ainsi qu'à l'utilisation de la santé dans une population, grâce à la prévention, aux soins et à la modification des attitudes. Cependant, cette définition conduit à distinguer, d'une part, la production d'utilité (outputs) qui se définit par l'état de santé et d'autre part les moyens mis en œuvre tels que le fonctionnement des hôpitaux, de la médecine de ville et de la production des médicaments, qui sont les facteurs de production (inputs), de même que la prévention des attitudes influençant les états de santé.

Par ailleurs, selon la seconde définition, l'économie de la santé cherche comment obtenir le meilleur état de santé individuel ou collectif à l'aide des moyens financiers, techniques et humains disponibles, ou encore, comment minimiser le coût l'obtention d'un état de santé défini.

Néanmoins, l'intérêt des économistes pour les questions de la santé a beaucoup évolué depuis une trentaine d'années. Initialement, leur intérêt portait sur les relations entre la santé de la population et le développement lui-même, tandis que, « actuellement, il porte davantage sur les systèmes de santé : aide à la décision et évaluation et de plus en plus, sur le financement des services de santé et sur le prix »².

Cette évaluation peut s'exprimer par une dynamique propre de la réflexion des économistes, mais surtout par l'évolution des problèmes de santé eux-mêmes.

En outre, les décennies 1960-1970 ont vu l'expansion de différents domaines d'application de la science économique et l'économie des ressources humaines, constitue un nouveau champ d'application. Le développement de l'approche économique dans la santé se justifie au regard de l'importance croissante du domaine et des sommes engagées. « En effet, on s'intéresse au champ

¹ : Majoni d'intignano.B, avec la collaboration de Ulmann.p, Economie de la santé, édition PUF, PARIS 2001,438p.

² :Dumoulin.j,le développement des travaux de l'économie de la santé, In revue économie et sociétés , série f, n°39,développement III,09/10/2001, p1477-1489.

de la santé avec un regard économique en vertu de la rareté des ressources disponibles en santé, alors même que l'on n'a jamais consacré autant de ressources à ce domaine »¹.

Cependant, à partir des années 1970, une nécessité de sortir d'une description le plus souvent comptable de l'économie de la santé s'est faite sentir de manière de plus en plus forte. La description de la croissance des coûts de santé ou bien encore; des modes de financement, voire même des inégalités de santé, a contribué fortement à renforcer la logique du domaine. Pourtant, l'effet d'interprétation théorique demeure quasiment inexistant jusqu'au début des années 1970. En effet, la difficulté à préciser les caractéristiques du bien « santé », ou encore à s'entendre sur une définition du besoin de santé, va expliquer la difficulté ressentie, dans la construction d'une interprétation théorique du système de santé.

La nécessité d'une approche théorique de la santé; va rapidement se faire sentir ; au fur et à mesure que le domaine prenait de l'ampleur, en devenant progressivement un enjeu économique important. En premier lieu, la logique de discipline qui va émerger de toute cette réflexion, se fondera sur le cadre théorique de l'analyse néoclassique, où on s'attache à analyser les soins plutôt que la santé elle-même. Quoique, cette théorie a elle seule; ne permet pas de légitimer que l'économie de la santé soit une discipline à part entière, générant ses propres concepts. Ce qui nous amènera à l'étude d'autres théories, à savoir celle de la croissance endogène, ainsi que la théorie de contractualisation et en fin la théorie des conventions, et où on expliquera comment chacune de ces théories a approché l'économie de la santé sous différents angles.

Section 1 : La théorie néoclassique de la demande de soins (C.E.Phels et J.P.Newhouse)

Les modèles néoclassiques de la demande de soins sont les plus nombreux et les plus variés. Ils ont été développés par C.E.Phels et J.P.Newhouse² en 1974, qui ont considéré la santé, non pas sous l'angle de l'investissement, mais sous celui de la consommation de soins. Ces modèles essaient d'expliquer le comportement du consommateur et du producteur en tant qu'agents rationnels, agissant en situation de marché.

On essayera dans cette première section de présenter les grandes lignes de cette approche, tant en médecine ambulatoire qu'en médecine hospitalière.

¹ : Castiel.D, économie et santé, quel avenir ? édition management et société (EMS), PARIS, 1999 ,127p.

² :Voir C.E.Phels et J.P.Newhouse, concurrence, the Price of Demand and the Demand of Médical Services, In A.Labourdette, économie de la santé, édition PUF, 1988, 192p.

1-1 : Les fondements de la théorie néoclassique en médecine ambulatoire¹**1-1-1: La fonction de production**

« Le modèle néoclassique considère la médecine ambulatoire comme un producteur de services dont le mode d'exercice est de type individuel et libéral »². Le médecin dans cette approche est guidé par la recherche de son propre intérêt économique, « ce qui l'amène à effectuer un arbitrage travail-loisir »³.

Sous des contraintes financières issues des modes de convention de rémunération de son activité ; le médecin établit un arbitrage travail-loisir. En effet, « au sens économique, le médecin a une fonction d'utilité argumentée principalement par le revenu net de son activité, ainsi que de son temps de loisirs »⁴. Cependant, ce médecin pourra, en plus de son activité libérale, avoir une activité non libérale, si par exemple il assure des heures supplémentaires à l'hôpital, ce qui influencera sur la variation de ses activités et de ses loisirs. De ce fait, la structure de l'activité du médecin, qui lui permet de varier ses taux de rémunération, lui permettra de faire des grands choix pour ses loisirs en fonction de son revenu.

D'un côté, le modèle néoclassique prédit que la satisfaction du médecin est maximale lorsque la demande et l'offre sont identiques ; au moment où sa structure d'activité (partage entre consultations et visites) est imposée par la demande. Cependant, dans le cas où la demande est supérieure ou inférieure à l'offre, le médecin pourra augmenter sa satisfaction en abandonnant une partie de sa clientèle, dans le cas d'une demande excédentaire, ou en cherchant une clientèle nouvelle en cas de demande déficitaire.

En outre, ce modèle permet de savoir si le médecin a intérêt à satisfaire une demande supplémentaire ou à chercher à diminuer sa production, dans le cas où la demande initiale est supposée fixe en niveau et en structure. Dans ce cas, si la demande est suffisamment déficitaire, le médecin aura intérêt à satisfaire une demande supplémentaire, mais si cette demande est très proche de l'offre, le médecin ne satisfera une demande supplémentaire que dans le cas où la proportion de consultation soit importante. Néanmoins, dans le cas où la demande est largement supérieure à l'offre, le médecin aura intérêt à diminuer sa proportion, en diminuant la quantité de visite, ce qui améliore sa satisfaction.

D'un autre côté, les caractéristiques individuelles du médecin jouent un rôle important sur son activité et ses préférences. C'est-à-dire qu'un médecin âgé est supposé avoir des préférences

¹ : La médecine ambulatoire est une méthode de médecine très rapide où l'on peut sortir normalement dans la journée après l'intervention ou après les soins. Cette méthode concerne les malades soignés dans la journée sans la nécessité d'une hospitalisation.

² : Castiel.D, op cit, p 48.

³ : Béjean.S, économie du système de santé, du marché à l'organisation, édition economica, Paris 1994, 309p.

⁴ : Corrère.M.O, le médecin ambulatoire et la réalité économique, IN revue d'économie médicale, vol 5, n° 4, 1987.

plus fortes pour les loisirs. Ainsi, il modifie son activité en privilégiant les consultations plutôt que les visites. Alors que le médecin jeune cherchera beaucoup plus à augmenter son activité, avec une préférence pour les visites. En outre, le médecin peut agir sur la vitesse de réalisation des actes ; en modifiant son rythme de travail, comme il peut diversifier ses activités ainsi que les services qu'il propose, soit par l'acquisition d'équipements techniques, soit par le choix d'un mode d'exercice particulier.

1-1-2: L'influence des prix sur la demande des soins

« Le marché de la médecine ambulatoire est analysé par les tenants de l'école néoclassique, comme le lieu où les prix et les quantités d'équilibre sont déterminés, lors de la confrontation d'une offre et d'une demande constituées indépendamment »¹.

Toutefois, les auteurs de ce modèle se sont accordés sur le caractère peu concurrentiel du marché de la médecine ambulatoire, malgré l'existence des éléments relevant d'une logique concurrentielle, à savoir la multiplicité des offreurs et des demandeurs. Or l'existence d'une discrimination des prix par les médecins en fonction des revenus, pourrait sous-entendre une certaine préoccupation sociale vis-à-vis de leurs patients, tout en sachant que dans cette démarche, les médecins ne sont pas motivés par l'altruisme mais par une simple recherche du profit.

Par ailleurs, « ce modèle est peu adapté aux systèmes sanitaires par lesquels le financement des dépenses de santé est socialisé, comme en France »² par exemple. Autrement dit, dans le cas où le financement des dépenses de santé est socialisé, la formation des prix se fait hors marché et c'est l'intervention des pouvoirs publics qui se charge d'impliquer les restrictions importantes et nécessaires dans le libéralisme de la médecine ambulatoire. Par conséquent, les prix des exercices médicaux ne sont déterminés, ni de façon endogène par le médecin-monopoleur qui discrimine ces honoraires, ni même par la confrontation d'une offre et d'une demande autonomes, comme dans le modèle concurrentiel, car les honoraires médicaux consistent en des prix administrés lors de la négociation entre la tutelle et les syndicats des médecins, ce qui gèle ainsi l'un des objectifs de la régulation marchande, à savoir la détermination des prix.

Cependant, en médecine ambulatoire, lorsqu'on s'interroge sur le rôle du prix sur la demande de soins, il importe aussi de s'interroger sur l'identité de cette même demande.

¹ : Béjean.S, op cit, p27.

² : Feldstein.P.J, analyse économique de la santé, édition seillans, Paris 1988, 565p.

1-1-3: la formulation de la demande de soins selon le modèle néoclassique

« L'autonomie décisionnelle des agents économiques n'est jamais remise en cause dans le cadre d'une analyse microéconomique, mais seulement soumise à des contraintes biologiques, sociologiques ou politiques »¹. Notre but ici est d'étudier la formation de la demande indépendamment de l'offre, et non pas de s'intéresser à l'interaction des décisions individuelles du médecin et du patient. Toutefois, la demande de soins est, dans un premier temps analysée comme la demande du consommateur.

A : L'influence de la consommation sur la demande de soins

Selon les hypothèses de la théorie néoclassique en système de soins, le consommateur est supposé adopter un comportement optimisateur en maximisant son utilité individuelle sous la contrainte du revenu. Par conséquent, la demande de soins du patient constitue « une demande dérivée »², du moment qu'elle est indissociable de la demande du travail, du capital, ainsi que de la demande d'autres biens et services.

En effet, « la théorie néoclassique est fondée sur le postula de la rationalité »³. Autrement dit, le patient est capable d'établir une relation d'ordre entre les utilités qu'il attribue aux différents biens et d'effectuer un classement rationnel de ses préférences. C'est donc ainsi que J.P.Newhouse⁴ en 1978, suppose que le patient consommateur est capable d'acheter deux types de biens.

Par ailleurs, la demande du malade en s'adressant au médecin lorsque son état physique, psychique ou même social le nécessite, consiste essentiellement dans une demande de traitement, dont il prend l'initiative. Cette demande est en premier lieu une demande de diagnostic, puis de réalisation d'une série d'actes techniques destinés à l'amélioration de l'état de santé du patient. Cependant, « la quantité des services médicaux demandés par le patient consommateur est supposée dépendre du prix de ces services, ainsi que de son revenu, comme toute demande classique de services »⁵. En d'autres termes, selon cette approche, la demande de soins médicaux varie en médecine ambulatoire, selon la variation des prix de ces services. C'est-à-dire, que plus la couverture sociale de ces traitements est grande, plus le prix est faible et par conséquent la demande de soins sera plus forte. La quantité de demande de soins dépend alors des différentes modalités de prise en charge du risque maladie par les établissements d'assurance, quant aux différents niveaux de revenu pris en compte, ainsi qu'aux types de soins étudiés.

¹ : Darbon.S et Letourmy.A, la microéconomie des soins médicaux doit elle nécessairement être d'inspiration néoclassique ? In revue des sciences sociales et santé, N° 2, mars 1983, p 31-75.

² : Feldstein.P.J, op cit, p 74.

³ : Tanti-Hardouin.N, économie de la santé, Armand colin, Paris 1994, 268p.

⁴ : Voir Newhouse.J.P, the economics of medical care, 1978, In Tanti-Hardouin.N, op cit, p 149.

⁵ : Darbon.S et Letourmy.A, op cit, p 31-75.

En outre, « de nombreux travaux ont démontré que l'effet des facteurs économiques sur la demande de soins est réduit par rapport à celui des facteurs démographiques et environnementaux »¹. En effet, « les résultats des études décennales, relatives à la consommation médicale, montre que celle-ci est plus forte chez les personnes âgées, ainsi que chez les nourrissons »². C'est aussi le cas des adolescents de sexe masculin et les femmes âgées de 15 à 50 ans. Autrement dit, la consommation médicale est très influencée par l'âge et le sexe à cause de leur caractère biologique, lié à la morbidité qui augmente avec l'âge, mais aussi à cause des effets de génération, impliquant des modifications d'hygiène, d'habitude et par conséquent de conception de la maladie.

B : La demande de santé comme un investissement en capital humain

M.Grossman³ (1972), a développé un modèle où la santé n'est plus considérée comme une variable exogène, mais endogène. Cet auteur considère la santé comme un bien durable intégrée au capital humain. En effet, l'individu détient au début de sa vie un stock initial de capital santé qui se déprécie au cours de sa vie à un taux qui s'accroît avec l'âge. Cet individu doit alors gérer son stock de santé en réalisant des investissements en soins et en temps. Par conséquent, l'individu maximise son utilité sous des contraintes de stock de santé, de richesse mais aussi du temps. Cependant, ce modèle fera l'objet de la section suivante où il sera plus explicité et plus développé.

1-2 : Les fondements de la théorie néoclassique en médecine hospitalière

Sur le marché des services hospitaliers, on distingue deux types de modèles : le premier est celui qui vise à la maximisation du profit et qui prédit que les hôpitaux augmentent leurs prix dans le cas où la demande s'accroît, ou encore si les prix des facteurs de production connaissent une inflation. Dans ce premier modèle, les prix sont déterminés de la même façon que le ferait une entreprise, en cherchant à la maximisation de son profit et à la minimisation de ses coûts.

Cependant, le second modèle cherche à la maximisation de l'utilité, plutôt que le profit, tout en cherchant à améliorer la « qualité quantité »⁴ de l'hôpital, via la proposition d'une technologie plus importante et plus économique, et d'une plus grande capacité d'accueil.

On étudiera dans les points qui suivent, ces deux types de modèles d'une manière plus détaillée et plus claire.

¹ : Béjean.S, op cit, p 35.

² : Idem.

³ : Voir Grossman.M, « on the concept of health capital and demande for health », IN la revue d'économie politique, vol 80, n°2, 1972, p 223-255.

⁴ : Castiel.D, op cit, p 50.

1-2-1 : le modèle hospital-entreprise

En tant qu'unité de transformation des facteurs en produits, l'hôpital pourra être analysé comme une entreprise, dont on étudiera les systèmes d'offres et de demandes des biens hospitaliers.

A : Le système d'offre de soins au sein d'un hospital-entreprise

L'hôpital est considéré comme une unité de production qui est dirigée par un administrateur dont le rôle est de chercher la performance de cet hôpital, d'où l'assimilation de ce dernier à une entreprise. Cependant, ce premier modèle d'hospital-entreprise écarte cet objectif de maximisation du profit et intègre en revanche le statut non lucratif de cette institution, en faveur des objectifs de maximisation de la quantité ou de la qualité, ou des deux au même temps.

En ce qui concerne l'objectif de maximisation de la quantité produite, ce premier modèle d'hôpital confère au « manager », qui est l'administrateur de cet hôpital, l'objectif de maximisation de la quantité produite, sous contrainte budgétaire. Dans ce cas, la qualité sera considérée en tant que donnée technologique qui va s'imposer au producteur.

Dans ce type d'objectif, le rôle des médecins est très restreint. Selon S.Béjean (1991), M.S.Feldstein (1968) n'a pas abordé le sujet de la fonction des médecins dans l'entreprise, alors que M.J.Brown (1970) leur a accordé d'une part une fonction de conseil aux malades, et d'autres part un rôle qui n'est pas explicitement intégré au modèle et qui leur permet d'influencer les choix de l'administrateur. Toutefois, il n'y a que le modèle de R.G.Rice (1966) qui a introduit le rôle des médecins dans la fonction de production, par la distinction de deux types de produit, à savoir les « soins médicaux » nécessaires, prescrits par les médecins et les « soins de confort » demandés par les malades. En revanche, c'est sur ce second type que l'hospital-entreprise est supposé faire des profits, qui lui permettra la maximisation de la quantité de produit des soins médicaux nécessaires.

Néanmoins, dans le cas d'un objectif de maximisation de la qualité des produits, le rôle confié aux médecins est plus important. En effet, la fonction d'utilité de l'administrateur dans un hospital-entreprise est basée sur des arguments monétaires, mais aussi sur d'autres tels que le pouvoir, le prestige et la sécurité, ce qui le conduit à la recherche d'un statut dépendant de la qualité des inputs utilisés. Dans ce cas, les inputs dont la qualité détermine le statut de l'hôpital et la satisfaction de l'administrateur, sont constitués des médecins. Par conséquent, ces derniers ont un rôle de détermination de la qualité des équipements techniques, ce qui amène les établissements à un processus de concurrence et d'imitation qui favorise leurs progrès technologiques et donc leur qualité de produits.

B : Le système de demande de soins au sein d'un hospital-entreprise : Au sein d'une entreprise, les besoins des consommateurs doivent être satisfaits par la consommation des

produits offerts par cette unité de production. De même, au sein de cet hôpital, la demande de soins consiste dans celle faite par ses usagers, à savoir les patients en premier lieu, puis les médecins et en fin les pouvoirs publics, qui représentent les véritables demandeurs face à l'hôpital public.

B1 : La demande des patients : Dans ce premier cas, le patient est considéré comme le principal usager de l'hôpital, puisqu'il attend une satisfaction de sa consommation de l'output hospitalier, en s'adressant à cette unité de soins. Dans ce cas, la demande des soins médicaux est formulée par les patients en raison de leurs besoins de santé. En outre, « les déterminants de la demande de soins hospitaliers sont en grande partie communs à ceux de la demande de soins ambulatoires »¹. En effet, une rigidité de la demande des usagers est plus induite en médecine hospitalière, qu'en médecine ambulatoire, par l'absence du rôle paramétrique des prix², d'où l'intervention de l'assurance maladie pour offrir une couverture plus importante pour les soins hospitalier que pour les soins ambulatoires(en particulier dans le système français), en proposant différentes modalités de payment, telles que le tiers payant(dispense d'avance des frais) et des exonérations de tickets modérateurs.

B2 : La demande des médecins : La dépendance de la demande des patients de l'offre du corps médicale constitue l'une des caractéristiques de la demande de soins dans un hôpital. C'est à dire que, les conseils, décisions et informations des médecins influencent sur la demande de soins des patients. En effet, la demande de soins des patients qui constitue la demande primaire, dépend de la demande secondaire qui est celle des médecins, qui expriment une demande d'exams biologiques, de prescriptions, d'hospitalisations et de diagnostics, ce qui fait que la demande de soins est dérivée d'une autre demande qui est celle du corps médical, représentant le second pôle de la demande hospitalière.

B3 : La demande des pouvoirs publics : « Le caractère aléatoire de la demande exprimée par les patients, ainsi que l'indivisibilité partielle de l'output hospitalier, confère à la production hospitalière un caractère tutélaire, qui amène à l'identification d'un troisième demandeur face à l'hôpital public : la tutelle»³. En d'autres termes, le caractère incertain de la demande d'hospitalisation, fait que cette demande soit fluctuante et dépendante de plusieurs critères incertains, à savoir la probabilité que la maladie de cette personne nécessite une hospitalisation, l'incertitude relative à la durée du séjour, ou même l'incertitude relative à l'occurrence de la maladie elle-même. Ce caractère aléatoire de la maladie influence sur la capacité d'accueil

¹ : Castiel.D, op cit, p 51.

² : En effet, le rôle du prix et du revenu est plus amoindri dans le cas des soins hospitaliers qu'ambulatoires.

³ : Béjean.S, op cit, p 51.

optimale de l'hôpital, qui s'accroît avec l'incertitude et qui amène à la réalisation d'une capacité de production excédentaire à l'hôpital.

En plus du caractère incertain de la demande de soins, s'ajoute le caractère indivisible des soins hospitaliers en termes de qualité. En effet, l'indivisibilité partielle des soins hospitaliers et le caractère incertain des activités de prévention (hygiène, vaccination, maladies contagieuses etc.) ont des effets externes sur la production hospitalière, que les mécanismes du marché ne prennent pas en compte. Cela donne à la production hospitalière un caractère tutélaire qui le différencie des autres biens et services marchands, et qui amène à l'intervention des pouvoirs publics pour faire face aux déficiences du marché, afin de satisfaire l'intérêt collectif. Par conséquent, l'Etat devient le véritable demandeur face à l'hôpital public.

C : Les limites du modèle hospital-entreprise : Le modèle hôpital-entreprise considère l'hôpital comme une entreprise qui poursuit un objectif unique, qui est la performance de la production d'un output homogène, et où l'administrateur est considéré comme un chef d'entreprise dont l'objectif est la recherche du profit, alors que les autres acteurs intervenant dans le cadre hospitalier (corps médical et le personnel administratif et paramédical) ne sont considérés que comme simple facteurs de production, sans aucun pouvoir de décision sur les choix relatifs à l'entreprise. Ajoutant à cela, que ce modèle d'hôpital peut avoir trois différents groupes d'utilisateurs, effectuant différentes demandes, qui sont les patients, les médecins et la tutelle. Cependant, ces différentes caractéristiques de l'hôpital-entreprise sont remises en cause par l'observation du fonctionnement de l'hôpital en tant qu'institution, en particulier dans le cadre français¹. En effet, plusieurs critiques et limites ont été relevées sur ce modèle d'hôpital-entreprise, et qui sont les suivantes :

- L'homogénéité de l'output hospitalier est remise en cause. En effet, dans les années 1970, quand l'analyse économique de l'hôpital-entreprise a commencé, la journée d'hospitalisation était la seule mesure utilisée, afin de définir les règles de gestion de cet hôpital. Cependant, les patients ne demandent pas une journée d'hospitalisation, mais bien l'amélioration de leurs états de santé. En plus, cette mesure de gestion ne prend en compte en aucun moment l'activité du médecin, ce qui fait d'elle une mesure incomplète et hétérogène.
- L'hypothèse du cadre concurrentiel dans le quel fonctionne l'hôpital-entreprise, est remise en cause. En effet, l'existence de barrière à l'entrée et de pouvoir de monopole détenu par les médecins dans leurs pratiques, ainsi que l'intervention de l'Etat dans la gestion du secteur hospitalier afin de veiller à la justice sociale et à l'équité telle que l'égalité dans l'accès aux soins, constituent des restrictions à l'entrée imposées par les contraintes institutionnelles.

¹ : Idem, p 55.

➤ L'existence d'une fonction objective unique pour l'hôpital paraît illusoire au regard de la multiplicité des centres de décisions, dont les intérêts peuvent diverger et dont la responsabilité financière face aux résultats de l'activité hospitalière est absente. En effet, l'hôpital est au même temps un lieu d'accueil et de soins et un lieu d'utilisation d'industries de pointe. A ce sujet, on remarque la qualification élevée du corps médical, de la multiplicité des spécialisations et des statuts des personnels : médecins, administrateurs. En plus, le corps médical et le personnel administratif sont supposés avoir des intérêts communs dans ce modèle d'hôpital-entreprise, alors que le personnel médical est reconnu comme centre de décision et non comme facteur de production. En revanche, les médecins jouent un rôle important¹, par exemple dans le choix des équipements techniques, ce qui montre que les préférences du corps médical influencent les décisions relatives aux autres facteurs de production. L'allocation des ressources à l'hôpital dépend alors des décisions initiées par les médecins, sans aucune responsabilité financière, qui est garantie par leurs modalités de rémunération indépendantes de la performance de l'institution.

1-2-2 : Le modèle hôpital-institution

Dans le modèle précédent d'hôpital-entreprise, quelques spécificités ont été intégrées à l'hôpital public, à savoir un statut d'institution à but non lucratif, ainsi que l'importance du corps médical dans l'identification de la demande. Cependant, cela n'a pas permis de reconnaître l'existence de la situation conflictuelle entre les différents groupes des décideurs, ce qui nous ramène à la nécessité de l'étude de l'hôpital en tant qu'institution, afin d'identifier les véritables décideurs au sein de l'hôpital public, ainsi que les différentes stratégies qui permettent à ces derniers d'être dominants.

En effet, l'étude de l'hôpital en tant qu'établissement public à caractère administratif, est analysée comme une institution bureaucratique regroupant plusieurs centres de décision. Par ailleurs, ce modèle d'hôpital-institution a une structure juridique à but non lucratif, qui est différente de celle d'une entreprise privée. En revanche, son intérêt se confond avec celui du manager de bureau et consiste dans la maximisation de son utilité individuelle, tout en sachant que sa rémunération est indépendante de son activité.

A : L'étude de l'hôpital en tant qu'institution bureaucratique : « Le modèle original, développé par l'analyse économique de la bureaucratie considère le bureau comme une « boîte noire », symbolisée par un bureaucratique-type : le manager hospitalier »². Autrement dit, le

¹ : En effet, dans ce cas le médecin joue le rôle d'un ordonnateur de dépenses.

² : Béjean .S, op cit, p 62.

manager de l'hôpital est caractérisé par son caractère de monopolier¹, car il détient l'information, et offre une activité aux pouvoirs publics en contrepartie du budget qui est alloué par ces derniers en fonction de l'importance de la demande, ainsi que du résultat de cette dernière. Cette information que détient le manager hospitalier, le conduit vers un comportement discrétionnaire², afin de maximiser son utilité individuelle. Par conséquent, selon les hypothèses néoclassiques, « l'écart entre les dépenses qu'il convient de réaliser et les dépenses effectives, est significatif de l'inefficacité induite par le comportement discrétionnaire du manager »³.

Par conséquent, l'hôpital-bureaucratique a comme objectif la maximisation du budget alloué, dont la recherche conduit à un optimum de second rang⁴. Dans ce cas, le manager n'a pas intérêt à faire apparaître un excédent qui correspond au profit potentiel que détient l'hôpital, ce qui l'amène à engager des dépenses excessives, ou produire des services supplémentaires, de manière à ce que cela lui permette d'utiliser le budget discrétionnaire, qu'il a pu dégager des négociations avec la tutelle à son profit.

On remarque de cette analyse de l'hôpital-bureaucratique, que ce dernier a les mêmes lacunes que l'hôpital-entreprise, à savoir la non explication du processus de décision entre les différents acteurs de l'hôpital. Pour ce, différents auteurs, tels que R.J.Launois⁵ en 1981, propose une étude des différentes motivations des différents décideurs de l'hôpital, et montre que la confrontation de leurs différents objectifs conduit à un objectif global de maximisation du budget, alors que les divergences d'intérêts sont à l'origine des stratégies existantes grâce à leur pouvoir de détention d'information, afin de s'approprier le budget discrétionnaire.

En outre, les différents acteurs de l'hôpital, peuvent être regroupés en quatre groupes, selon leurs fonctions et leurs différents objectifs :

- Les administrateurs de l'hôpital, qui ont une fonction d'utilité dont les arguments sont monétaires (leurs revenus) et non monétaires. Le statut prestigieux de l'hôpital constitue le principal argument de l'utilité de son administrateur, ce qui conduit ce dernier à minimiser l'écart entre le statut désiré et le statut reconnu de cet hôpital.
- Le corps médical qui a sa propre fonction d'utilité et dont les arguments sont comme ceux du personnel administratif, d'ordre monétaire et non monétaire (revenu, pouvoir, prestige.); en

¹ : Le caractère monopolier du manager signifie que ce dernier détient le pouvoir de décision, du moment que lui seul a l'information complète.

² : Un comportement discrétionnaire veut dire un comportement caché, non révélé ; afin de pouvoir maximiser une utilité personnelle cachée elle aussi.

³ : Feldstein.P.J, op cit, p 91.

⁴ : L'optimum de Pareto est un critère permettant de définir un mouvement de réallocation des ressources comme souhaitable s'il augmente la satisfaction d'au moins un agent sans diminuer celle des autres agents ; et donc comme allocation la meilleure celle où il ne serait possible, en la modifiant, d'augmenter le niveau de satisfaction d'un agent sans réduire celle d'un autre agent).

⁵ : Pour plus de détails, voir : Launois.R.J, la théorie de la bureaucratie à l'hôpital, IN, Béjean.S, op cit, p 65.

revanche, la différence entre ces deux centres de décisions, c'est que les arguments du corps médical ne sont pas influencés par le statut de l'hôpital, ce qui fait que leurs objectifs rentrent en conflit avec ceux des administrateurs, surtout en ce qui concerne la dimension optimale de l'établissement et le taux d'occupation des lits, puisque les administrateurs cherchent à multiplier le nombre des admissions pour justifier les capacités d'accueil, et à allonger la durée du séjour, alors que les médecins cherchent plutôt à conserver leur marge de sécurité¹.

- Ajoutant à ces deux groupes, celui du personnel paramédical, qui est peu évoqué selon E.Lévy en raison de l'absence de clarté de leur position dans la hiérarchie. Néanmoins, ils ont un pouvoir sur l'influence de l'allocation des ressources via les syndicats qui agissent en faveur d'une amélioration des conditions de travail, ainsi que d'une augmentation des effectifs.
- Le quatrième groupe consiste dans celui des pouvoirs publics, qui sont aussi les financeurs de l'hôpital.

B : Les limites du modèle bureaucratique : La multiplicité des centres de décision dont les intérêts divergents ainsi que l'absence de la responsabilité financière de ces différents acteurs face aux résultats de l'activité hospitalière remettent en cause l'analyse économique de l'hôpital public-bureaucratique. En effet, cette démarche consiste à mettre en évidence l'efficacité du secteur public en comparaison d'un secteur privé idéal.

Néanmoins, cela amène à la recherche de différentes solutions qui sont selon Batifoulier.P : « la privatisation de la production des biens et services de la santé afin de restaurer la concurrence par les prix, ce qui exclut la reconnaissance du caractère collectif du bien santé ainsi que toute considération de justice sociale, et le renforcement de la tutelle par une réappropriation de l'information et un contrôle des dépenses »². Tout cela, a conduit l'Etat français³ à adopter différentes réformes, afin de limiter les comportements opportunistes du manager hospitalier-bureaucrate, d'où la recherche d'un nouveau mode de financement optimal. C'est ce qu'on verra dans le point qui suit.

C : la recherche d'un financement optimal de l'hôpital public : Deux formes alternatives de financement de l'hôpital public peuvent être distinguées, à savoir le prix de journée et le budget global. Le paiement peut être soit rétrospectif ou prospectif basé sur une mesure unitaire du produit hospitalier, soit évalué de façon globale. En effet, le paiement prospectif ou le prix

¹ : Ce conflit est irrésolu en raison de l'indépendance hiérarchique des deux corps.

² : Batifoulier.P, incitation et convention dans l'allocation des ressources, une application à l'économie de la santé, thèse, université Paris X, 1990, IN Bejean.S, op cit p68.

³ : La référence au cas français est liée à la nature de son Etat qui est unitaire comme l'Algérie et qui s'est inspirée du modèle français. Notre référence se justifie par cette raison.

unitaire est égale au prix marginal et constitue la première limite des comportements stratégiques de surcoûts. Dans ce cas, le prix de journée prévisionnel constitue un mode de tarification prospectif, au sens où il repose sur une estimation prévisionnelle des dépenses et de l'activité.

Dans le cas où la durée du séjour est supposée fixe, l'introduction du prix de journée prévisionnel conduit à une réduction de l'activité global, alors que si la durée n'est pas fixe, et varie selon des décisions des médecins et des administrateurs, elle conduit à ce que le prix d'une journée impliquera un allongement du séjour.

Par ailleurs, la recherche d'une forme de financement globale de l'activité hospitalière, paraît nécessaire à la multiplication des quantités servies inhérentes au mode de tarification unitaire qui est le prix de journée. A priori, l'introduction d'une enveloppe globale de financement paraît efficace pour la réappropriation du budget discrétionnaire par les pouvoirs publics. En effet, si l'Etat fixe au début de l'exercice le montant de la dotation de l'hôpital, la stratégie d'allongement de la durée du séjour, deviendra inutile, du moment qu'elle sera sous aucune contrepartie financière pour l'hôpital. Par conséquent, l'allocation d'une enveloppe globale fixée à priori, conduit à une réduction des admissions, à laquelle est associée la modification de la structure de ces traités en faveur des diagnostics les plus prestigieux, du point de vue médical ou scientifique. Malgré cela, cette enveloppe globale ne permet pas de mettre fin aux stratégies des différents centres de décisions, en ce qui concerne la qualité des services offerts.

Ainsi, le ministre de la santé français a imposé aux établissements hospitaliers dès 1979 un respect d'un « taux directeur » en tant que limite supérieure à la croissance du prix d'une journée d'hospitalisation. Ajoutant à cela, l'installation d'un financement globalisé des hôpitaux publics dès 1985, où la dotation globale de fonctionnement est attribuée à priori pour un an, et couvre les dépenses normalement supportées par l'assurance maladie. Cela a pour objectif la maîtrise des coûts et des quantités, ainsi que la rationalisation des dépenses sanitaires, d'où la réorganisation de la gestion hospitalière par la réforme de la comptabilité analytique et la médicalisation des systèmes d'information.

Cependant, on constate que le blocage des dépenses hospitalières n'est pas aussi serré que prévu, du moment que le budget n'est pas vraiment global, car il exclut les consultations externes et les établissements à long séjour, ainsi que l'aide médicale, pour lesquels il y'a toujours un système de prix de journée. En plus, le financement reste à posteriori pour les secteurs privés hospitaliers, ce qui conduit à des phénomènes de substitution publique-privée coûteux pour la collectivité. Cela met les hôpitaux publics en concurrence avec les cliniques privées à but lucratif, surtout en chirurgie, puisque l'utilisation des équipements techniques spécialisés leur

assure le monopole. En plus, l'absence de critique de jugement de la qualité des soins empêche les caisses d'assurances maladies d'établir un budget permettant la maîtrise des dépenses sanitaires.

1-2-3 : Assurance maladie et rôle de l'Etat

Avant d'entamer l'étude du financement par l'assurance maladie, il est nécessaire de rappeler qu'il existe deux types de financement, à savoir celui dit Beveridgien et celui dit Bismarkien qui consiste dans celui de la sécurité sociale¹.

Du point de vu de l'économie publique, « les caractéristiques du bien santé »² en tant que « bien collectif divisible », légitime l'intervention tutélaire des pouvoirs publics. En effet, la nature du bien santé peut affecter le bien être individuel mais aussi collectif, à cause de son caractère imprévisible, que peut atteindre au même temps la situation psychologique, sociale et physiologique de l'individu et aussi ses ressources financières.

Néanmoins, plusieurs moyens de couverture de ces risques peuvent être envisagés, à savoir l'adoption d'une **politique de prévention** comme par exemple la vaccination contre la tuberculose qui permet d'éliminer l'origine de cette maladie et de réduire le risque d'atteinte, **l'autoprotection** par l'anticipation de la maladie qui conduit à l'épargne, mais aussi le recours à un **marché d'assurance privé** et à **la sécurité sociale** qui assurent un certain degré de protection.

Par ailleurs, les concepts « **d'équité, d'égalité et de justice sociale** »³ ; relèvent en grande partie de jugement de valeur, que les économistes cherchent à éviter »⁴. Or, on ne peut étudier les diverses modalités de couverture de risque maladie, sans avoir à évoquer brièvement ces considérations éthiques.

La justice commutative de l'assurance maladie⁵ définit le droit à la santé en tant que fonction de l'apport des travailleurs à la société. L'accès à l'assurance est alors fondé sur des conditions qui dépendent des droits acquis, entre cotisation et prestation. Néanmoins, grâce au mécanisme de transferts du revenu, l'assurance maladie garantie à tous un minimum vital. Mais l'accès à ces prestations de l'assurance dépend des besoins considérés comme des droits reconnus, ce qui fait que la couverture du risque maladie est accordée de droit à l'ensemble de la population, et considérée comme obligatoire et donc comme un bien collectif.

¹ : Cependant, on ne va pas trop s'étaler sur ce point car il a été détaillé en introduction générale.

² : Les caractéristiques du bien santé sont : indivisibilité partielle, bien collectif et caractère incertain de la maladie.

³ : Pour plus d'informations, voir Rawls.J, La justice comme équité, (une reformulation de théorie de la justice), édition la découverte, Paris, 2003,275pages.

⁴ : Béjean.S, op cit, p 76.

⁵ : Pour la justice sociale en santé, se référer à l'ouvrage de Schneider-Bunner.C, santé et justice sociale : l'économie des système de santé face à l'équité, Economica, Paris 1997, 269pages.

A : Les fondements néoclassiques de l'assurance maladie : Comme précité, le système de la sécurité sociale n'est pas l'unique mode de protection du risque maladie. Les diverses modalités de couverture du risque, à savoir l'autoprotection par l'épargne, l'assurance privée et la prévention, constituent d'autres moyens de protection du risque, énoncées de façon plutôt complémentaire en France¹. Cependant, la sécurité sociale offre une protection qui ne peut pas se substituer entièrement aux autres modes de protection, mais qui ne peut pas non plus être remplacée par des systèmes alternatifs, car la couverture du risque par une protection obligatoire, à savoir celui de la sécurité sociale ; constitue une façon d'augmenter le bien être individuel et collectif.

A1 : La couverture du risque par le moyen d'anticipation : Pour avoir recours à un système de protection volontaire, il faut que les individus soient dotés d'une rationalité étendue, et soient capable d'anticiper correctement leurs niveaux de risque individuels, mais aussi l'étendu du dommage qui sera causé par l'événement assuré, et tout cela à long terme. Cela suppose alors que la convergence des comportements individuels, confrontés à des situations incertaines, est amenée à se protéger de façon volontaire, en faisant appel aux services des assurances privées.

Cependant, D. Kessler² en 1986, avait montré que ces hypothèses ne sont pas réalisables. En effet, l'hypothèse de l'information parfaite de l'individu constitue la première hypothèse remise en question. C'est-à-dire que l'information ne peut pas être complète, du moment que les individus ignorent la nature ainsi que l'ensemble des risques auxquels ils sont soumis et fondent leur demande de protection sur une estimation subjective des risques. Ajoutant à cela que la principale origine de la maladie est biologique, mais comporte aussi des aspects économiques et sociaux inhérents aux dimensions psychiques et sociales du besoin de santé. Par conséquent, les individus vont sûrement sous estimer ces risques, et ne pourront alors pas faire face aux dépenses induites par l'occurrence de la maladie.

Or, les pouvoirs publics ont une connaissance plus large de la protection objective des risques, de leurs distributions et évolutions, mais ils ont aussi une meilleure connaissance du risque d'occurrence des événements rares et irréversibles. En plus de cela, les individus accordent plus d'importance aux événements susceptibles de se réaliser dans un proche avenir que lointain, ce qui fait qu'ils anticipent mal les dépenses de santé des périodes ultérieures de leur vies, surtout celles de leurs vieillesse, alors que les pouvoirs publics disposent d'une

¹ : Majoni d'Intignano.B, avec la collaboration d'Ulmann.p, Economie de la santé, édition PUF, PARIS 2001,438p.

² : Pour plus de détails, voir : Kessler.D, sur les fondements théoriques de la sécurité sociale, revue française des affaires sociales, n°1, 1986, p 97-113.

information complète, en se dotant d'un horizon spatial et temporel plus étendu, leur permettant d'établir un système de protection plus efficace que celui résultant du recours individuel.

Par conséquent, on déduit que la protection obligatoire pour tous, consiste en une solution plus efficace que la protection volontaire individuelle.

A2 : Assurance maladie et le phénomène de sélection adverse¹ : l'inégale répartition de l'information relative à la qualité des soins, à la tarification et à d'autres variables, conduit à un phénomène de sélection adverse. En effet, celui qui détient cette information se trouve dans l'incapacité de la transmettre, soit parce qu'il n'a pas intérêt à dévoiler les véritables caractéristiques de son effort, soit parce qu'il ne trouve pas un avantage qualitatif dans son offre, alors que les agents qui n'ont pas accès à cette information sont confrontés à l'incertitude d'un marché, où les biens et services échangés se révèlent à posteriori être de qualité variable, d'où le phénomène de sélection adverse.

Les marchés d'assurance maladie constituent un domaine d'application privilégié de ce phénomène de sélection adverse. En effet, cette dernière est liée au fait que les risques sont écartés du marché de l'assurance, en raison de l'asymétrie informationnelle qui existe entre assuré et assureurs. C'est-à-dire que l'information relative aux probabilités individuelles d'avoir recours aux services de l'assurance est inobservable, ce qui conduit les compagnies d'assurance à proposer une assurance à un prix moyen proportionnel à un niveau de risque moyen. L'incertitude de l'asymétrie informationnelle, est la principale cause d'une sélection adverse.

B : Les limites du système de la sécurité sociale : L'efficacité du système de la sécurité sociale est en effet limitée « par les comportements stratégiques que peuvent adopter les assurés sociaux, lorsqu'ils détiennent une information inobservable »². Deux phénomènes stratégiques vont donc apparaître pour compléter celui de la sélection adverse, à savoir celui du risque moral et celui du passager clandestin, qui constituent les principales limites de ce système.

B1 : Le risque moral : lorsque l'information inobservable que détiennent les assurés est relative à leurs comportements de prévention et de recours aux soins, on dira que ces assurés adoptent un comportement stratégique en situation de risque moral. En effet, s'il est vrai que l'assurance obligatoire est préférable pour la couverture du risque maladie afin d'éviter la sélection adverse,

¹ : Il y a une sélection adverse quand il y a une information cachée, et que le principal cherche à proposer un ensemble de contrats différents parmi lesquels l'agent choisira en fonction de son information cachée : en fonction de sa caractéristique qui lui est connue, l'agent préférera certains contrats à d'autres. Le problème du principal est similaire au cas de hasard moral : maximiser son utilité en tenant compte de : -la contrainte d'incitation : l'agent choisira le contrat qui maximise son utilité étant donné son type; -la contrainte de participation : l'agent doit préférer le contrat aux opportunités extérieures.

² : Feldstein.P.J, op cit, p 119.

cette assurance obligatoire ne permet pas de résoudre le problème du risque moral, qui se produit sur le marché de l'assurance privée comme dans le cas de l'assurance sociale. Selon M. Mougeot, « le risque de moralité exprime l'idée que l'on peut douter des efforts que feront les agents assurés, pour réduire la probabilité d'accidents ou de sinistre »¹. Toutefois, cette définition du concept dit risque moral souligne l'optique, qui stipule que le comportement stratégique des agents vis-à-vis d'une information qu'ils savent asymétrique relative à leurs propres comportements, résulte de leur « perfidie moral »². Par conséquent, c'est l'éthique même des assurés, qui est en cause, dans ce processus où l'intérêt individuel est en conflit avec l'intérêt collectif des assurés.

En outre, dans le cas où l'assurance diminue le prix de soins pour l'assuré, en indemnisant les dépenses liées à la maladie, et à condition que la demande de soins soit élastique par rapport au prix, alors la quantité de soins demandé augmente, ce qui conduit à conclure que l'effet du risque moral résulte d'une baisse des prix.

B2 : Le passager clandestin³ : lorsque les individus ont tendance à cacher leurs préférences individuelles, un phénomène de passager clandestin apparaît. En effet, dans le cas d'un bien collectif indivisible, quand la disponibilité à payer pour ce bien est cachée, l'individu sera incité à tricher, en annonçant une disponibilité à payer nulle, alors qu'il souhaite réellement la production de ce bien collectif. Cela est basé sur l'honnêteté des auteurs, puisque cet individu qui cache sa véritable préférence, va en tirer une utilité positive, pour un coût nul, ce qui fait de lui un passager clandestin. Cependant, si l'ensemble des agents adoptent ce comportement manipulateur de tricherie, le bien collectif ne sera pas produit.

Dans le cas d'un système d'assurance obligatoire, l'augmentation des dépenses de soins, est due non seulement au phénomène du risque moral, mais aussi au comportement du passager clandestin. En effet, lorsque le comportement de prévention et de recours aux soins de l'assuré est inobservable, il y aura une augmentation des dépenses de soins.

¹ : Mougeot.M, économie du secteur public, economica, Paris 1989, 485p.

² : Arrow.K.J, the economics of moral hazard: further comment, IN Béjean .S, op cit, p 95.

³ : On appelle **passager clandestin** un investisseur dont l'intérêt est que les autres investisseurs de sa catégorie fassent collectivement une opération à laquelle il ne participe pas à titre individuel mais dont il profite pleinement. C'est par exemple un banquier qui ne participe pas à un plan de restructuration financière d'une entreprise où tous les autres banquiers abandonnent une partie de leurs créances afin de sauver l'entreprise. (Free rider).

Enfin, on pourra dire que les limites du système de l'assurance maladie obligatoire consistent essentiellement dans l'augmentation des dépenses de soins et l'apparition des phénomènes de risque moral et du passager clandestin.

1-3 : les limites de la théorie néoclassique appliquée à la demande de soins

- La première critique qui pourra se faire pour une telle approche de la demande de soin est que le patient est mal informé et doit se soumettre aux décisions du médecin. En effet, l'analyse du système de soins à travers l'approche néoclassique, en particulier sur le marché de la médecine ambulatoire, concentre son attention sur les relations marchandes qui lient le patient et son médecin. Cependant cette approche comporte des limites qui sont illustrées par l'absence de consensus relatif à la nature du marché. Quant à la nature de la demande de consommation des services médicaux, celle du patient est toujours conditionnelle à l'expertise que fera le médecin.
- Cette approche met l'accent sur la dissymétrie du savoir et d'information qui existe entre le patient et son médecin, ce qui confère à ce dernier un pouvoir discrétionnaire.
- L'approche néoclassique avait ignoré la répartition inégale de l'information et du savoir entre le médecin et le patient. Le rôle de l'information n'est souligné que de façon implicite dans cette théorie. En effet, à l'origine du pouvoir discrétionnaire, l'information asymétrique n'est pas intégrée comme un argument de la fonction d'utilité des acteurs, source de pouvoir pour son détenteur. Quant au caractère tutélaire des soins et au rôle des pouvoirs publics, issu de la dissociation des fonctions de décisions et de celles de financement, il n'est pas vraiment pris en considération.

Par conséquent, en résumé, on pourra dire que la théorie néoclassique reste confrontée à deux principales limites à savoir :

- l'asymétrie informationnelle et l'incertitude.
- la non prise en compte explicite du rôle des pouvoirs publics.

Enfin, on pourra dire que l'application mécanique d'un modèle d'analyse néoclassique traditionnel se révèle inopérant. Cependant, des développements plus récents de la théorie économique, comme la théorie de la croissance endogène, permettra de dépasser les limites de cette approche traditionnelle.

Section 2 : Théorie de la croissance endogène et service public de la santé (M.Grossman 1972)

L'émergence des nouvelles théories au milieu des années 1980, à la suite des premiers travaux de PAUL ROMER en 1983 [P.ROMER, dynamic competitive equilibria with externalities, increasing and endogenous growth, university of chicago, 1983, PHD dissertation.]¹, avait permis de contester progressivement cette approche. Le développement des théories de la croissance endogène est en effet à l'origine de la prise en compte de la santé, aussi bien en tant qu'investissement, qu'en tant que consommation, dans la croissance économique.

Il faut noter que, c'est surtout le secteur de la santé avec celui de l'éducation, qui intègrent les principaux facteurs explicatifs de la croissance endogène, que sont : la recherche, le capital humain et les dépenses publiques. Cependant, on s'intéressera dans cette seconde section; principalement au premier cas qui est celui du secteur de la santé, qui laisse penser que la santé est un effet générateur de croissance endogène.

2-1 : Santé et croissance économique

L'économiste KARL MARX en 1867², était l'un des auteurs qui a attiré l'attention sur le rôle essentiel de la santé dans le bien être, ainsi que dans la qualité de la force du travail. Néanmoins, « cette question retrouve son actualité avec les nouvelles théories de la croissance »³. C'est pourquoi, Il est utile de connaître le rôle de la santé et des dépenses de soins dans la croissance économique ainsi que dans le développement.

2-1-1 : La relation santé-dépenses publiques

Certains modèles de la croissance endogène reposent sur l'idée que l'investissement a des effets positifs sur la possibilité de production, « ce que les firmes ne prennent pas en considération »⁴.

En effet, il est nécessaire que l'Etat prenne des mesures requises afin de permettre une meilleure affectation des ressources et favoriser la réalisation d'un montant d'investissement plus élevé, en particulier dans les domaines publics, tel que la santé et l'éducation.

Par ailleurs, les théories de la croissance endogène mettent en avant le rôle positif des dépenses publiques ayant un effet d'entraînement sur la croissance. Néanmoins, il suffit de

¹ : Majoni d'intignano.B, avec la collaboration de Ulmann.p, op cit, p31.

² : Marx.K, le capital, livre I, édition dunod PARIS 1867.

³ : Majoni d'intignano.B, avec la collaboration de Ulmann.p, op cit, p34.

⁴ : IDEM, page 46.

rappeler l'importance du secteur de la santé dans ces dépenses pour en déduire un lien évident entre la santé et la croissance¹.

Toutefois, il est nécessaire de souligner, qu'au-delà de l'aspect productif direct des dépenses publiques, sous forme d'investissement, qui ne concerne qu'une parties des dépenses de la santé (infrastructures, matériels), « c'est le retour sur investissement à moyen et long terme; qui justifient le plus cette hypothèse »².

En plus de cela, les travaux réalisés sur l'influence de la médecine sur l'état de santé de la population, « proposés en premier lieu par Mc Koewn en 1976 »³, puis repris par différents autres auteurs, dont le haut comité de la santé publique en 1991⁴, établissent très clairement, que sur une longue période, la médecine ne jouait qu'un rôle limité sur l'état de santé globale des populations, de l'ordre de 10% à 20%, alors qu'en définitif, les 80% ou 90% restant, étaient constitués des variables dites environnementales ou socio-économiques⁵.

On pourra donc dire, en définitive, que la croissance des dépenses publiques de la santé à un rythme supérieur à celui de la richesse nationale ; entraîne une détérioration de l'économie, qui se répercute par la suite sur les variables socio-économiques, à savoir le revenu, le chômage, les conditions de vie et en fin ; joue un rôle négatif sur l'état de santé globale des populations.

2-1-2 : la relation santé-croissance

Avec l'amélioration du niveau de vie de la population, le développement économique et la croissance exercent des effets importants sur le niveau de la santé ainsi que sur l'espérance de vie. En effet, il est nécessaire qu'un pays ait une économie forte afin de pouvoir offrir à sa population des droits importants, qui lui permettent d'augmenter leur niveau de vie et donc d'améliorer leur état de santé. Par conséquent, cela nous permet de dire que la croissance économique est en mesure de dégager des moyens financiers, permettant de promouvoir l'éducation, d'organiser des assurances maladies et payer ainsi les soins. En d'autres termes, « quand la croissance est forte, la mortalité diminue, alors que quand elle est faible comme pendant la crise économique, la probabilité de survie évolue plus lentement »⁶. C'est-à-dire que de bonnes conditions de vie permettent de minimiser la propagation des maladies contagieuses traditionnelles et diminuer par conséquent le taux de mortalité.

¹ : En effet, selon les statistiques du ministère de la santé en Algérie par exemple, De 1980 à 1984, les dépenses de santé par rapport au PIB passent de 3,5% à 5% puis à 6% en 1988 puis dégringole à moins de 2% en 1996.

² : Labourdette.A, Economie de la santé, édition PUF, PARIS 1988 ,195p.

³ : Mc Koewn.T, the role of medecine; dream, mirage or remisiss? Ox ford, 1976, IN Majoni d'Intignano, op cit p47.

⁴ : Haut comité de la santé publique, ed la documentation française, paris, rapport 1991, 1996,1997.

⁵ : Ceci est à nuancer, selon la période étudiée (rôle des antibiotiques, des vaccinations, de l'image médicales etc.), mais dans l'ensemble, le rôle de la médecine reste limité au cours des deux dernières décennies.

⁶ : Ulmann.P, croissance et santé : les nouvelles théories de la croissance appliquée aux pays développés, thèse de doctorat, université Paris Val de Marne, Paris 1999 : IN www.thèses.univ-parisXII.fr .

Ainsi, il faut signaler que le développement d'un pays pourra s'accompagner d'une forte urbanisation favorable à la santé. Cela s'explique par le fait qu'en général, les urbains ont un revenu plus élevé, comme ils disposent d'un réseau de soins à la fois plus moderne et plus dense, ce qui est très favorable à la santé des populations urbaines, malgré la pollution et le stress que pourra provoquer ce milieu.

2-1-3 : Santé et développement humain¹

La santé produit une amélioration des capacités individuelles de développement personnel, ceci tant au plan physique, qu'intellectuel et émotionnel. Elle permet également d'assurer aux individus une certaine sécurité économique dans l'avenir. La santé est ainsi, dans cette perspective un input de la croissance économique et du développement humain à long terme.

Le différentiel d'états de santé explique une grande part des écarts de croissance entre les différentes régions du monde. La mauvaise santé est un facteur de stagnation économique et sociale. La maladie agit sur le développement de quatre manières principales : tout d'abord, elle engendre une perte de bien-être individuel, ensuite, la maladie d'aujourd'hui possède un impact non négligeable sur la vie de demain, ou la vie de la famille de l'individu malade. En termes de bien-être, la maladie occasionne des pertes de possibilité de consommation selon plusieurs canaux : les traitements médicaux sont coûteux et, en l'absence de couverture maladie, comme c'est le cas dans les pays les plus défavorisés, les sommes affectées amputent les revenus des ménages. La maladie entraîne également une perte de revenu courant du fait des absences au travail et une perte des revenus futurs du fait de la mort prématurée. Ces pertes de revenu font stagner la consommation individuelle et ne permettent pas d'alimenter la demande globale au niveau macroéconomique.

Cette analyse des effets directs de la santé dans l'économie, donne l'image d'un secteur dynamique qui participe à la croissance. Cependant, « il faut aussi envisager les effets indirects, à travers les conditions de financement »². Cela concerne beaucoup plus les pays européens où les soins sont financés par les prélèvements obligatoires. En effet, l'augmentation de la demande de soins dans ces pays pourrait contribuer à limiter la croissance et l'emploi, surtout quand ces cotisations pèsent sur les plus bas salaires.

2-2 : l'analyse du système de soins à travers la théorie de la croissance endogène

Le domaine de la santé fut pendant longtemps ignoré dans les grands concepts et modèles de la microéconomie et de la croissance. Les économistes n'ont pas porté leur intérêt à ce sujet,

¹ : Dans ce point ; on a étudié la relation entre la santé et le développement humain d'une manière brève car il sera plus détaillé en chapitre II.

² : Majoni d'intignano.B, avec la collaboration d'Ulmann.p, op cit, p 45.

en le voyant comme une contrainte budgétaire pouvant peser sur le processus d'accumulation des richesses et affecter les fruits de la croissance.

Cependant, le modèle de la demande de santé présenté par M.Grossman en 1972¹, constitue le modèle le plus attrayant pour les économistes, ce qui a fait dire à C.Lepen en 1988 dans sa présentation du modèle de la demand for health, que ce modèle est devenu « un véritable genre littéraire avec ses spécialistes, ses problématiques, ses raffinements parfois passable ésotériques »². En effet, depuis l'article fondateur de M.Grossman, il est d'usage à traiter la santé comme un élément constitutif du capital humain.

2-2-1 : la référence au capital santé

La santé fait partie du capital humain, tout comme l'éducation. En effet, « le capital humain se définit comme l'ensemble de capacité de travail et de bien être dont dispose un individu dans une société donnée »³.

Par ailleurs, le capital santé fait partie de la fonction d'utilité de chacun et détermine à la fois la qualité de sa vie et ses possibilités de travail et de consommation. Ce capital santé aura donc une influence déterminante dans la répartition du temps de chaque personne, entre sa vie familiale, professionnelle et personnelle. Cela nous conduit à la nécessité de distinction entre le capital santé individuel et le capital santé collectif.

A) : Le capital santé individuel : Le capital santé individuel concerne une seule personne et dépend de cinq facteurs essentiels à savoir, « la génétique, le hasard, l'environnement, le comportement individuel et les épidémies industrielles (pollution d'air par exemple.), mais aussi le système de soins »⁴.

En effet, le facteur biologique et héréditaire joue un rôle important dans la vie d'une personne. C'est à dire que le niveau d'éducation est corrélé avec celui des parents, soit par l'inné, soit par l'acquis, Par conséquent, le niveau de santé est lui-même corrélé avec celui de l'éducation ce qui fait que la santé est en partie héréditaire.

Le capital humain individuel dépend, en plus de l'hérédité, du hasard qui fait subir aux être humains des maladies inattendues (crise d'appendicite par exemple), comme elle dépend aussi de l'environnement et des épidémies industrielles, puisque la santé d'un individu est possible de se détériorer, rien qu'en consommant certaines substances contenues dans les biens, mais aussi, dans l'environnement, comme par exemple la pollution de l'air ou les accidents routiers. En fin,

¹ : Grossman.M, on the concept of health capital and the demande for health, In la revue d'économie politique, vol80 n° 2, 1972.p 223-255.

² : Lepen.C, « demande de soins, demande de santé », paris 1988, In levy.E, la demande en économie de la santé, revue d'économie politique 1988.

³ : Labourdette.A, op cit, p 26.

⁴ : Majoni d'Intignano.B, op cit, p164.

ce même capital, dépend d'un système de prévention et de soins qui permet le traitement ou la prévention des maladies.

B) : Le capital santé collectif : Au contraire du capital santé individuel, le capital santé collectif concerne la santé de toute une société et constitue la sommation des capitaux individuels qui la composent. En effet, la santé d'un individu pourra dépendre de celle de son voisin, d'abord par risque de maladies contagieuses comme la tuberculose, ensuite par le niveau du risque toléré dans la société à cause de l'ignorance (que le voisin soit par exemple voleur ou meurtrier). D'où l'intérêt de chaque personne à ce que la société se protège des risques. Or ces effets externes sont souvent difficiles à mesurer, et on les estime de façon indirecte, par exemple, grâce aux indemnités fixés par les tribunaux en cas d'accidents ou d'homicides, et versées aux familles.

2 : capital humain et santé : le modèle de M.Grossman

L'idée de base formulée par M.Grossman ; est que « la santé s'apparente à un bien durable, à un capital que l'agent dispose dès sa naissance et qu'il gère jusqu'à sa mort »¹. Cet auteur constate, que toutes les analyses de la demande sont en fait des analyses de la demande de soins médicaux et non celle de la demande de santé elle-même. Cette démarche aboutit à considérer dans les déterminants de la demande, des variables dont l'économiste n'a pas à se soucier, comme l'attitude à l'égard de la santé, ou d'autres préférences équivalentes. Néanmoins, si les variables économiques sont les plus importantes (le prix et le revenu surtout) et doivent expliquer la plus grande partie des variables de la demande, la spécificité théorique des variables; comme l'âge ou le niveau d'éducation, est très précisément marquée.

En effet, en capital humain, il existe des substituts, alors que la santé est un bien qui est plutôt complémentaire à tous les autres biens. Tout d'abord, l'accumulation du capital humain, ainsi que sa diffusion nécessite un bon état de santé. Ensuite, au delà des aspects exclusivement productifs et quantitatifs, les dimensions qualitatives doivent être considérées. C'est notamment le cas des agissements des individus, de leurs relations, ainsi que du fonctionnement et des actions des institutions et des pouvoirs publics. C'est-à-dire, que « l'ensemble de ces comportements, individuels, collectifs, administratifs ou exécutifs, sera déterminant sur la santé et l'accumulation du capital humain et donc sur la croissance économique »².

« M.Grossman, émet l'hypothèse que le consommateur utilise son temps et un ensemble de biens marchands pour produire « de la bonne santé » »³. Les objectifs fondamentaux du choix du patient sont les « bien finaux », qui sont dans ce cas, la santé et les services médicaux, qui sont

¹ : Grossman.M, on the concept of health capital and the demand for health, In la revue d'économie politique, vol80 n° 2, 1972.p 223-255.

² : Idem.

³ : Tanti-Ardouin.N, Economie de la santé, Armond colin ; PARIS 1994, 268p.

achetés en tant que biens intermédiaires par le patient qui les combine avec le temps dont il dispose afin d'améliorer son stock de santé originel.

Par ailleurs, « la variable « temps » a un statut privilégié »¹. C'est-à-dire que le patient effectue des arbitrages entre les différents usages qu'il veut faire en fonction de son temps (il fait le choix entre aller chez le médecin ou continuer son activité professionnelle et attendre que le mal passe). Le consommateur-patient est donc supposé être rationnel et capable avant chaque décision d'investissement, d'évaluer les coûts et les avantages de son choix, en sachant que ces coûts comprennent des coûts directs (la dépense médicale) et des coûts indirects dont le principal est le coût du temps. Le temps est alors, une variable essentielle dans cette approche, en termes de capital humain.

En outre, « l'appellation « capital humain » du modèle de M.Grossman, se justifie par le fait que même si la santé entre directement dans la fonction d'utilité du consommateur, puisque le temps de la maladie est une source indéniable de désutilité. Elle est avant tout, conçue comme un capital »². En d'autres termes, les dépenses de soins médicaux ont pour objectif d'accroître le stock de capital santé, ou d'éviter qu'il ne s'amoiendrisse. Cela, suppose que l'investissement en capital humain que fait chaque patient, a pour effet d'augmenter le temps de « bonne santé » utilisable pour d'autres activités, comme le travail ou les loisirs.

Toutefois, cette relation entre le capital santé et l'ensemble des activités humaines intéresse principalement les économistes. Paradoxalement, les modélisations économiques dans le domaine de la santé tendent à réduire l'importance de cette relation. Cela est surtout vérifiable dans le domaine de l'économie de la santé appliquée aux pays développés, alors que les théories traitant de la santé dans les pays en voie de développement font de cette relation la « pierre angulaire » des politiques de santé publique. On peut expliquer cela par le fait que, dans les pays occidentaux développés, la population est globalement en bonne santé, ou du moins, une grande partie de cette population a accès à un système de soins qui assure au système productif une main d'œuvre suffisamment en bonne santé pour être productive, alors que cet objectif, est loin d'être atteint dans les pays les moins avancés de la planète, où la maladie constitue une des causes essentielles de la faiblesse de la productivité de la main d'œuvre.

Cependant, l'intérêt de l'approche en terme de capital santé ne réside pas que dans la liaison entre l'état de la population active et l'ensemble des facteurs macro-économiques, mais il y'a une seconde raison, pour laquelle l'appellation du capital humain du modèle de M. Grossman se justifie, qui est l'importance accordée à la liaison entre éducation et santé. Selon

¹ : Idem, p 164.

² : Idem.

M.Grossman¹, les consommateurs ayant les niveaux d'éducation les plus élevés sont supposés être les producteurs du capital santé les plus efficaces. C'est à dire que l'augmentation du niveau d'éducation doit accroître la production du capital santé revenant d'une combinaison de soins médicaux et du temps.

Par ailleurs, « on distingue deux sous modèles de M.Grossman »² : l'un considère la santé comme un investissement permettant d'augmenter la capacité de production et de gain. La demande de santé est dans ce cas une demande dérivée de la demande générale de bien être. Ces raisonnements s'appliquent bien aux adolescents qu'à la population active, dans une optique individuelle. Au niveau collectif, il y'échappe dans les zones touchées par le chômage, où une partie de la population d'âge actif peut rester à la fois inoccupée et en mauvaise santé sans effet sur l'économie.

Le second modèle, considère la santé comme une consommation pure : elle améliore l'utilité tirée de la vie et des autres consommations. Cette analyse s'applique dans un modèle général, où les consommations individuelles et collectives sont à la fois des biens durables tels que l'automobile et des consommations courantes tels que les voyages.

Toutefois, malgré que l'analyse de M.Grossman a plus de trente ans, « elle apparaît aujourd'hui, encore prémonitoire, et illustre bien la présentation du capital santé individuelle »³. En effet, avec l'évolution des sociétés modernes, on peut faire la distinction entre deux groupes de personne, à savoir, un groupe intégré et un groupe exclus et dont l'attitude à l'égard de la santé diffère. Autrement dit, les membres du groupe intégré se trouvent majoritairement éduqués, avec des familles et des stratégies professionnelles et la participation des femmes à l'activité économique. Ils se trouvent alors, avec une stratégie volontaire et une attitude positive à l'égard de leur santé. En plus, ils construisent eux même leur capital humain en s'informant sur les moyens de la protéger ou de retarder sa détérioration.

Or, le second groupe est constitué de personnes vivant essentiellement de prestations sociales ou des jeunes peu qualifiés, ayant de médiocres perspectives professionnelles. Les membres de ce groupe vivent avec et dans les risques, sans se soucier (alcoolisme, drogue), et utilisent peu la prévention de la médecine de ville. Ils s'adressent plus aux hôpitaux, demandant des soins d'urgence.

¹ : voir: Grossman.M, 1972, op cit, p 223-255.

² : Labourdette.A, op cit, p 27

³ : Tanti-Arduin.N, op cit, p 164.

2-3 : les limites du modèle de M.Grossman

Il est vrai que la formulation du modèle de M.Grossman avait permis de remettre en cause certaines critiques qu'on pourra adresser au modèle néoclassique, ce qui fait de lui une extension fine et non un dépassement de la problématique néoclassique. Cependant, ce modèle a fait ressortir des limites qu'il faut préciser ¹:

- Le modèle de M.Grossman prédit que l'état de santé est corrélé avec le recours aux soins : le stock de capital santé est supposé croître avec l'investissement en biens et services médicaux. Or la plupart des études économétriques obtiennent des résultats contraires à cette prédiction. En effet, l'état de santé individuelle doit répondre à un calcul rationnel de l'individu qui lui permet d'accroître son capital santé en investissant.
- Ce modèle ne fait référence à la maladie que de façon indirecte à travers le taux de dépréciation de la maladie ;
- La production de stock de santé est le fait de l'individu lui-même. Le rôle du personnel médical n'est intégré dans ce modèle qu'à travers l'efficacité des soins médicaux ;
- M. Grossman avait fait une distinction entre le temps passé à produire et le temps dit par lui « perdu » non productif du fait de la maladie. Cependant, le temps de convalescence qui n'est pas du temps du travail est néanmoins passé à produire de la santé, aurait pour conséquence d'accroître le coût total de la production de la santé. Toutefois, la liaison établie par ce modèle entre le travail et la santé, mérite d'être plus explicitée. Il est alors important de ne pas omettre que l'état de santé d'un individu puisse avoir des conséquences importantes sur la rémunération qu'il perçoit. Néanmoins, dans ce modèle, c'est surtout la manière dont le travail est pris en compte qui est insuffisante. Il n'est rien dit dans ce modèle par exemple de l'influence des conditions de travail sur la santé, par une relation du taux de dépréciation et le temps de travail par exemple ;
- M. Grossman a bien intégré les particularités de la santé en montrant que le bien santé ne s'achetait pas vraiment, qu'il se constituait, se dépréciait et se revalorisait dans le temps. La santé est un bien durable, non marchand étiqueté investissement en santé. Cependant, dans ce cas là, la détermination sanitaire du bien santé semble être évacuée.

En conclusion, on pourra dire que la santé a une place importante dans le processus de la croissance et qu'il convient d'en tenir compte aussi bien pour le dynamisme économique des pays développés que pour l'état de santé de leur population. Néanmoins, d'autres théories sont venues après ce modèle et ont mieux expliqué le système de santé, à savoir la théorie contractuelle qui fera l'objet de la section suivante.

¹ : Béjean.S, économie du système de santé ; du marché à l'organisation, op cit, p32.

Section 3 : La théorie de contractualisation en santé (Jensen M.C. et Meckling W.H. en 1976)

Malgré le peu de recul auquel est confrontée une analyse épistémologique de l'évolution du thème de l'économie de la santé aussi récent, l'approche contractuelle des relations économiques apparaît comme un nouveau programme de recherche : « elle propose des solutions à des questions anciennes et résout également de nouveaux problèmes »¹.

Par ailleurs, dans ce modèle particulier « contractualiste », ont été développées successivement trois théories qui sont : la théorie des droits de propriétés qui s'interroge sur l'espace dans le modèle libéral, et postule que la propriété privée réalise concrètement l'autonomie des individus. La théorie des coûts de transaction qui s'intéresse au temps des échanges et en fin, la théorie de l'agence qui analyse le transfert d'information.

Cependant, dans cette troisième section, on se basera essentiellement sur l'analyse du système de santé en termes de relation d'agence, qui est la théorie la plus importante des trois dans ce domaine de la santé.

3-1 : Le modèle standard de la théorie de l'agence

La souveraineté du consommateur ne s'applique pas au marché des soins médicaux en vertu de l'asymétrie d'information prévalent entre le médecin et le patient. « La relation médecin-patient a donc été modélisée au travers de la théorie de l'agence »².

La relation d'agence est caractérisée par un acteur dit « principal », qui est un individu mal informé sur la nature et le prix des biens échangés et par un « agent » qui détient l'information. Le principal et l'agent sont supposés maximiser leurs fonctions d'utilité, qui sont totalement indépendantes. Pour ce, le principal doit motiver l'agent dans un sens qui lui profite. Par conséquent, on analyse les relations entre les différents acteurs en termes de relation d'agence, dès lors que l'une des parties qui est le principal, délègue son pouvoir de décision à l'agent. L'intervention de ce dernier dégage un gain aléatoire qui doit être partagé entre le mandant et le mandataire.

Par ailleurs, l'approche normative de la théorie de l'agence cherche à déterminer les conditions de partage de ce gain espéré. Alors que l'approche positive de cette même théorie, contrairement à l'approche normative, ne cherche pas de définir les termes optimaux des contrats, mais d'utiliser le cadre théorique de référence, pour expliquer le fonctionnement des organisations. C'est-à-dire, qu'en approche positive de cette théorie, on peut étudier l'analyse en

¹ : Mougéot.M, économie du secteur public, édition economica, Paris 1989, 485p.

² : Castiel.D, économie et santé, quel avenir ? Ed EMS, Paris 1999, 127p.

terme de relation d'agence à toute forme de coopération. Les administrations publiques sont donc composées de nombreux agents, dont les objectifs et les intérêts sont différents. On étudiera ces deux approches de manière détaillée dans les points qui suivent.

3-1-1 : Approche conceptuelle et normative de la théorie de l'agence

A : Fondement et apport de l'approche normative : « L'approche normative qui est bien souvent plus formalisée que l'est l'approche positive, étudie le partage optimal des risques, les termes des contrats optimaux et la propriété de l'équilibre, compte tenu de l'asymétrie d'information qui existe entre les protagonistes de la relation »¹.

Par ailleurs, l'incertitude illustre un manque d'information sur l'avenir, sur les préférences et sur le comportement. L'information devient alors « l'antidote de l'incertitude »². A cette situation incertaine, où tout agent dispose de la même information incomplète, s'ajoute une situation où l'information est décentralisée et inégalement répartie entre les acteurs.

Toutefois, « l'utilisation d'une connaissance, qui n'est pas donnée à chacun dans sa totalité », selon la formule de F.A. Von Hayek, conduit les agents à manipuler l'information dont ils disposent, ce qui fait que cette information inégalement répartie devient source de pouvoir pour celui qui la détient.

Ainsi, la prise en compte des effets conjugués de l'incertitude et de l'asymétrie d'information, induisent le développement de l'économie de l'information³ qui opère un renouvellement du paradigme néoclassique, sans abandonner bien sur, les hypothèses du paradigme de rationalité substantielle des acteurs et des coordinations marchandes des décisions.

En outre, selon Brousseau⁴, l'essor encore plus récent de la théorie de l'agence, confirme cette rupture avec le paradigme standard par :

- Un abandon de l'hypothèse, selon laquelle, la poursuite des intérêts individuels conduit nécessairement à la satisfaction des intérêts collectifs ;
- Une approche plus positive, où les caractéristiques du monde réel, à savoir l'incertitude et l'information mal répartie, deviennent essentielles ;
- Un déplacement des centres d'intérêt et d'étude de l'équilibre général, y compris en situation de risque.

D'autre part, il faut signaler que ce conflit des intérêts individuels, par rapport aux intérêts collectifs, conduit à revoir et à réviser la conception du rôle de l'Etat, ainsi que de son

¹ : Béjean.S, économie du système de santé ; du marché à l'organisation, op cit, p 166.

² : Branciard.A etHuard.P, stratégie et contradiction dans le système sanitaire, LEST ; ex en Provence, 1989, 147p.

³ : Idem

⁴ : voir : Brousseau.E, la théorie des contrats, IN la revue d'économie politique, volume 103, N° 1, janvier/février 1993, p1-82.

intervention. Les pouvoirs publics sont alors investis de deux rôles qu'il faut distinguer, à savoir le fait que l'Etat est l'arbitre déterminant les règles du jeu d'une part, et d'autre part il est l'un des acteurs du jeu. De ce fait, l'information est au cœur des processus de décision et d'allocation des ressources.

B : Asymétrie d'information¹ et relation d'agence : On retient avec S.Ross en 1973 la définition suivante² : « on dira qu'une relation d'agence s'est créée entre deux (ou plusieurs) parties, lorsqu'une de ces deux parties désignées comme l'agent, agit soit de la part, soit comme représentant de l'autre désigné comme le principal, dans un domaine décisionnel particulier ». Par conséquent, l'intervention de l'agent dégage un gain aléatoire, qui doit être le mandant et le mandataire, selon les termes explicites ou implicites du contrat. De ce fait, le principal détient le pouvoir de définition des termes du contrat, alors que l'agent détient le pouvoir de réalisation qui lui est confié par la délégation du pouvoir.

De ce fait, la relation d'agence est qualifiée de parfaite, lorsque l'action de l'agent peut être parfaitement observée par le principal et qu'aucune autre information privée ne peut être cachée. Par conséquent, le principal peut contrôler l'action de l'agent en déterminant les termes du contrat de façon à ce que le mandant et le mandataire aient les mêmes préférences quant à l'objectif déterminé par le contrat, d'où un partage optimal des risques entre les deux parties.

Néanmoins, l'information est souvent inégalement répartie et les comportements individuels sont rarement parfaitement observables. Dans ce cas, l'agent qui a un intérêt différent de celui du principal, peut utiliser cette asymétrie d'information à son profit et modifier l'allocation finale des ressources.

Ainsi, on peut distinguer trois types d'asymétrie d'information qui donne lieu à des problèmes d'agence :

➤ **Relation d'agence et risque moral :** lorsque le comportement de l'agent est imparfaitement observable, c'est-à-dire que le principal n'observe que les résultats de l'action et pas l'effort fournis, il apparaît un comportement stratégique de la part de l'agent : « cet effet de risque moral, va faire diverger l'intérêt de l'agent de celui du principal »³.

« L'information que l'agent sait asymétrique, joue un rôle analogue à la richesse et intervient comme argument des stratégies des agent. »⁴

¹ : Voir, pour plus de détails sur la théorie de l'information : Arrow.K, théorie de l'information et des organisations, Dunod, Paris, 2000, 289pages.

² : Bejean.S, op cit, p168.

³ : Bejean.S et Maryse Gadreau, économie de la santé, In revue, problèmes économiques, N°2, 296, 21 octobre 1992.p10-14.

⁴ : Mougeot.M, op cit, p294.

- **Relation d'agence et sélection adverse :** « développé dans G.A.Akerlof en 1973 »¹, la sélection adverse définit une relation d'agence où certaines caractéristiques d'un bien étendu par l'agent sont imparfaitement observables, voir inobservables par le principal.
- **Relation d'agence et passager clandestin :** lorsque la non révélation des préférences constitue la stratégie de l'agent, on qualifie ce dernier de passager clandestin

C : les contrats incitatifs et relation d'agence

On a vu précédemment que l'approche normative de la théorie de l'agence cherche à déterminer les caractéristiques du contrat, permettant d'atteindre l'optimum de second rang, au regard de l'équilibre de pareto-optimal obtenu lorsque l'information est également répartie entre les acteurs. Or, l'incertitude qui caractérise le contexte d'établissement des relations nécessite que les termes du contrat soient définis avant, ce qui permettra de lever toutes incertitudes.

En effet, lorsque l'information est asymétrique, l'équilibre ne pourra pas exister, ce qui fait qu'il convient de mettre en place des procédures incitatives qui doivent encourager l'agent à dévoiler de son propre gré la véritable information. C'est ce qui est appelé « contrat incitatif non contraignant »². Dans ce cas là, l'information n'est pas considérée comme paramètre, mais plutôt comme une variable stratégique que les agents vont manipuler.

De ce fait, le principal doit tenir compte auparavant des stratégies de dissimulation que les agents vont mettre en œuvre, afin de minimiser la désutilité que leur impose la révélation de la vérité. cependant, dans le cas où les agents ont un pouvoir de choisir des actions non observables et non contrôlables par le principal, ce dernier dispose du pouvoir d'élaborer les termes du contrat « conditions de rémunération, d'allocation et de partages du risque » auxquels souscrit l'agent³.

Par ailleurs, le principal doit choisir un mécanisme, qui maximise sa fonction d'objectifs, sous contrainte que l'agent adoptera la meilleure stratégie, en réponse à ce mécanisme⁴. Le principal cherchera alors une règle de transfert qui dédommagera l'agent de la désutilité consécutive à l'annonce de la vérité, afin que cette dernière devienne pour l'agent la stratégie dominante.

3-1-2 : Approche positive de la relation d'agence

¹ : Idem, p297.

² : Bejean.S, op cit, p172.

³ : Idem

⁴ : L'interprétation de la relation d'agence en terme de théorie des jeux, montre qu'il s'agit d'un jeu non coopératif à information complète. Le concept de l'équilibre associé au mécanisme incitatif, recherché par le principal correspond à l'équilibre de Nash où la stratégie de chaque joueur est la meilleure réponse aux stratégies choisies par les autres joueurs. (Mougeot.M, 1989).

A : Définition étendue de la relation d'agence : La définition étendue de la relation d'agence donnée par M.C.Jensen et W.H.Meckling est très proche de celle de S.Ross donnée précédemment pour l'approche normative. La relation d'agence est donc définie par cette approche positive comme « un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engage une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent »¹.

Par conséquent, cette extension de la notion de la relation d'agence, d'une délégation de pouvoir à toute forme de coopération est très importante, car elle élargit le champ d'application de cette théorie sans avoir à identifier explicitement le mandant et le mandataire. Cependant, ceci ne rejette pas le fait de préciser les conditions qui confèrent à une relation de coopération un problème d'agence, qui s'explique par le contexte de la relation qui reste toujours incertain². A cette incertitude contextuelle, s'ajoute une incertitude inhérente à l'asymétrie d'information, qui existe entre les différents acteurs de la relation.³ En effet, le comportement opportuniste de l'agent, issu des hypothèses comportementales de maximisation de l'utilité individuelle, en présence d'incertitude sur l'avenir, l'incite à profiter de l'asymétrie d'information en sa faveur.

M.C.Jensen et W.H.Meckling, considérés comme les initiateurs de l'approche positive, distinguent trois types de coûts d'agence :

- Les coûts de surveillance ou coûts de contrôle et d'incitation de l'agent à agir dans l'intérêt du principal. Ces coûts sont supportés par le principal ;
- Les coûts d'obligation supportés par l'agent pour mettre le principal en confiance ;
- Les coûts d'opportunités qui sont subjectifs et qui peuvent être supportés, soit par le principal, soit par l'agent consécutivement à la perte d'utilité subie par l'un ou l'autre, en raison de leur divergence d'intérêts.

B : une analyse comparée des fondements de l'approche positive : Afin de bien comprendre les deux approches de la relation d'agence, il s'avère nécessaire de préciser les points de divergence qui existent entre les deux. Contrairement à l'approche normative, l'approche positive de l'agence fait peu appel à la formalisation, puisqu'elle ne cherche pas à déterminer le partage des risques optimaux.

¹ : Jensen.M.C et Meckling.W.H, les nouvelles théories de l'entreprise, édition de la librairie générale française, paris, 1995, 195pages.

² : Cela s'explique par le fait que les termes du contrat ; ne peuvent prendre en compte toutes les éventualités et ne peuvent prévoir tous les états de la nature possibles.

³ : L'observabilité des efforts de l'agent à accomplir la tâche qui lui a été confiée est imparfaite. C'est-à-dire que ce dernier ; peut être détenteur d'information, qui est inobservable par d'autres.

Grâce à l'extension de la notion d'agence à toute coopération, l'approche positive présente l'avantage de ne pas avoir à identifier le principal et l'agent¹.

Il est aussi important de noter, que l'approche positive des organisations par la théorie de l'agence, conserve et privilégie l'individualisme méthodologique. Ainsi, l'abandon de la fiction théorique selon laquelle, la firme se comporte comme un seul individu maximisateur de profit, constitue la principale rupture avec le paradigme standard du marché.

Néanmoins, cette possibilité d'être à la fois agent et principal, permet de prendre en compte les situations hiérarchiques où chacun est agent de son supérieur et principal de son subordonné. Toutefois, la théorie de l'agence ne s'intéresse qu'aux relations formelles qui s'établissent entre les individus et néglige le rôle de la hiérarchie comme mécanisme de surveillance mutuelle.

3-2 : Théorie de l'agence et système de santé

La théorie de l'agence assure que le principal et l'agent ont des fonctions d'utilités indépendantes et elle se consacre à identifier les contrats optimaux afin d'atteindre des résultats les plus efficaces.

Ainsi, en ce qui concerne le marché des soins médicaux, il est généralement reconnu que le médecin (agent) agit dans l'intérêt du patient (principal). Par conséquent, une relation d'agence parfaite, sera celle pour laquelle le médecin donne au patient toute l'information dont il a besoin, en lui permettant ainsi de prendre sa décision en toute connaissance de causes.

Cependant, en pratique, la relation d'agence est loin d'être parfaite et c'est ce qui fera l'objet de cette présente sous section.

3-2-1 : Médecine ambulatoire et relation d'agence

La relation d'agence en santé diffère considérablement de celle dans la sphère économique plus traditionnelle. A. Willams, considère que « le patient est le seul à prendre la décision »², alors que dans une approche plus conventionnelle, comme on l'a vu précédemment, c'est plutôt l'agent qui est le médecin qui décide de l'action à entreprendre pour le compte du principal.

A : Incertitudes et asymétrie informationnelle : « L'analyse des relations qui lient les différents acteurs en médecine ambulatoire à partir du cadre théorique de l'agence est

¹ : Par exemple : un salarié sur le marché du travail est vu comme l'agent de l'employeur, cependant, s'il on considère que ce même salarié loue son capital humain, alors l'employeur a son tour sera vu comme l'agent de cette relation.

² : A. Willams: Economics of coronary artery bypass grafting, British medical journal, 1985, 291p, In Castiel.D, économie et santé, quell avenir? EMS, Paris 1999, 127p.

particulièrement bien adapté »¹ : elle prend en considération les spécificités du bien santé, en particulier l'incertitude inhérente à l'occurrence de la maladie.

Par ailleurs, le caractère aléatoire de la maladie rend incertain le recours aux soins et conditionne la quantité des services médicaux consommés par le patient. De ce fait, toutes les relations fondées sur la production, la consommation ou le financement des soins médicaux, sont caractérisées par le contexte d'incertitude.

En outre, le fait que le savoir médical n'est pas une science exacte rend l'efficacité des traitements et prescriptions incertaine et soumise à l'état des connaissances médicales et techniques, d'où le caractère aléatoire des relations entre traitements et résultats. En plus, le diagnostic déterminé par le médecin est incertain, dans la mesure où la conjonction de certains symptômes peut se rapporter à plusieurs diagnostics. Néanmoins, le médecin cherche à réduire cette incertitude, en ayant recours à des actes techniques d'aide au diagnostic. Par conséquent, l'incertitude est réduite par l'information.

D'autre part, il s'avère nécessaire de signaler, que l'inégale répartition est également source d'incertitude. C'est-à-dire qu'à l'incertitude naturelle inhérente à l'occurrence de la maladie et à l'efficacité du traitement, s'ajoute l'incertitude inhérente à l'ignorance ou à l'inobservabilité d'information, qui conditionnent le processus de décision.

Cela s'explique par le fait que, d'une part, le patient est profane quant au savoir médical et aux caractéristiques de l'offre de soins, ainsi que de la qualité des services offerts par les médecins, ce qui fait que ses décisions de consommation médicale s'effectuent dans un contexte incertain, où la rationalité de ses choix est limitée par l'information dont il dispose. C'est pourquoi, il délègue son pouvoir de décision à celui qui détient l'information, à savoir le médecin.

Toutefois, rien ne garantit que ce dernier agisse dans l'intérêt de son patient, qui n'a aucun moyen de juger de l'opportunité des décisions que le médecin prend en son nom. D'autre part, il y'a aussi le rôle de la tutelle qui est aussi ignorante, du fait qu'elle ne peut observer l'état de santé des individus, ainsi que les besoins de la collectivité en matière de santé. Elle ne peut alors qu'en confier au corps médical le soin d'en juger, sans pour autant observer les efforts de chacun des responsables dans cette mission.

En revanche, le plus informé dans cette relation, est bien le médecin. Ce dernier possède donc, en plus du savoir médical, les connaissances relatives au système de soins, ainsi que les informations sur l'état de santé de ses patients, telles que lui-même le diagnostique, alors que les

¹ : Bejean .S, op cit, p 187.

acteurs qui lui délèguent le pouvoir décisionnel, ignorent les propres caractéristiques des pratiques médicales et des qualités de service de ce même médecin.

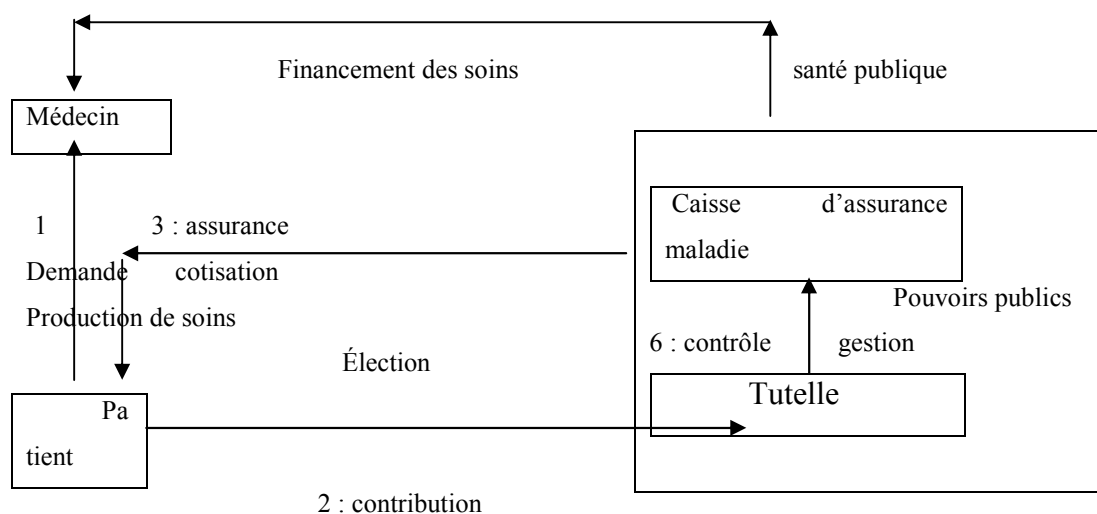
Par conséquent, on retrouve en médecine ambulatoire, les conditions qui suggèrent l'existence d'un problème d'agence dans une relation: «incertitude et asymétrie informationnelle»¹. La confirmation d'un tel problème, implique l'existence d'une divergence d'intérêt entre les acteurs de la relation.

B : Les différentes relations d'agence en médecine ambulatoire : En terme de relation d'agence en médecine ambulatoire, tout en prenant en considération les termes du contrat, c'est-à-dire les modalités de rémunération du médecin et de remboursement du patient, on distinguera quatre groupes d'acteurs, dont les intérêts divergents : « le médecin, le patient, la tutelle (Etat), ainsi que la caisse d'assurance maladie ».

L'interaction des différentes relations qui existent entre ces différents agents, est illustrée par le schéma suivant:

Schéma N°01 : relations entre les différents agents de soins

4 et 5



Sources : Béjean.s, op cit, p191.

D'après le schéma on peut déduire les relations suivantes :

La relation 1 : entre le médecin agent et le patient principal. Cette relation est au cœur des relations qui s'instaurent en médecine ambulatoire. Le patient sollicite le médecin en tant qu'expert détenteur du savoir médical, des caractéristiques du système de production des soins, de la qualité des services qu'il produit et même des besoins du patient en matière des traitements et prescriptions.

¹ : Bejean.S et Maryse.Gadreau, op cit, p13.

La relation 2 : entre la tutelle agent et le patient principal. Cette relation est relative aux financements des soins. Le patient électeur exprime donc ses préférences à travers la procédure du vote. Ainsi, la tutelle doit mettre en œuvre une politique de santé, en fonction des préférences exprimées par la collectivité.

Cependant, si la tutelle est considérée comme l'agent dans cette relation où l'ensemble des patients- électeurs lui délèguent son pouvoir de décision dans la représentation de l'intérêt collectifs, elle peut également être considérée comme le principal, du moment qu'elle ne peut observer les réelles préférences des électeurs, ce qui fait que la caisse d'assurance maladie devient l'intermédiaire entre elle et le patient dans cette relation, puisqu'elle gère le financement des soins.

La relation 3 : entre la caisse d'assurance maladie principal et le patient agent. Cette relation explique ce phénomène d'intermédiaire entre la tutelle et le patient. En effet, c'est plus précisément, entre le patient agent qui est aussi l'assuré de l'électeur, et la caisse d'assurance maladie principal, que s'effectue l'opération de financement des soins.

La relation 4 qui lie le médecin agent à la tutelle principal, peut être similaire à **la relation 5** qui lie aussi le médecin agent à la caisse d'assurance maladie principal. C'est-à-dire que dans la mesure où le médecin participe activement et largement à l'allocation des ressources du secteur de soins, il devient agent du financeur.

La caisse d'assurance maladie qui finance les soins, délègue les décisions engageant les dépenses au patient et au médecin dont on attend un bon usage des soins. Cependant, il n'est le principal du patient que pour répondre à la tâche qui lui est confiée par la tutelle de gérer le financement des dépenses. La tutelle assume alors à son tour, les fonctions liées de production des règles de fonctionnement et de production des termes du contrat qui lie le médecin à la caisse d'assurance maladie. On peut donc dire que la tutelle est le véritable mandataire, mais que la caisse d'assurance maladie est le surveillant de production de soins.

La relation 6 : explique le rôle de la tutelle principal dans le cadre d'un financement socialisé où elle délègue la fonction de gestion du financement des dépenses de santé à la caisse d'assurance maladie- agent.

➤ **La relation medecin-pouvoirs publics :**

Comme on l'a déjà dit précédemment, les pouvoirs publics disposent du pouvoir de planification des dépenses de santé, alors que le médecin est chargé de la réalisation de l'activité des soins. Le médecin devient dans ce cas l'un des principaux ordonnateurs des dépenses de santé.

Par ailleurs, l'activité du médecin ne peut être vraiment contrôlable par les pouvoirs publics, du moment que ces derniers ne sont pas en mesure d'évaluer le bien fondé de l'activité des médecins. Ceci pour deux raisons¹ :

-les pouvoirs publics ignore les caractéristiques de la clientèle du médecin : en effet, selon l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle ainsi que le niveau d'étude, les patients exercent des demandes différentes;

-le comportement du médecin dans l'exercice de son activité, ne peut être observable par les pouvoirs publics;

Le fait que les conditions de rémunération sont identiques pour tous les médecins, et que les caractéristiques de la clientèle de ces derniers ainsi que leurs comportements sont incontrôlables et ne peuvent être jugé par les pouvoirs publics, poussent au découragement des « bons médecins » de perdurer dans leur pratique non inflationniste. En effet, les pouvoirs publics ont délégué l'activité soignante aux médecins sans se doter vraiment des moyens qui incitent ces derniers, de façons non contraignante à se comporter dans le sens de l'intérêt collectif².

➤ **La relation médecin-patient**

Le patient délègue son pouvoir décisionnel au médecin qui est détenteur du savoir médical. Cependant, ce même médecin peut ne pas être un agent parfait et utiliser l'asymétrie informationnelle en sa faveur, et non pas à la seule fin de satisfaire les préférences du principal.

Cette asymétrie d'information en faveur du médecin, qui possède, en plus du savoir médical, l'information sur la qualité des services qu'il produit peut être à l'origine de sélection adverse. Par conséquent, il en résulte une relation d'agence avec risque morale. En effet, cette asymétrie informationnelle en faveur du médecin, permet à ce dernier de satisfaire ses propres intérêts de maximisation du revenu au moindre effort.

Par ailleurs, dans certains cas de maladies, comme par exemple les maladies chroniques où le patient se trouve souvent devant la même situation clinique et apprend à reconnaître des symptômes de sa maladie et à évaluer les traitements adéquats, une relation durable entre le patient et son médecin s'établit et permet de réduire l'inégalité de détention d'information. Par contre, dans les situations d'urgence, les coûts de recherche d'information deviennent infinis, et l'asymétrie informationnelle devient de plus en plus importante.

¹ : Bejean.S et Maryse.Gadreau, op cit, p11.

² : Les termes du contrat d'agence, entre le médecin et les pouvoirs publics, laisse toute liberté au médecin d'adopter des comportements stratégiques.

Néanmoins, « s'il ne peut pas se réapproprier l'information, sauf par apprentissage, le patient peut « voter avec les pieds », et mettre les médecins en concurrence »¹. Autrement dit, le patient peut choisir de consulter d'autres médecins, s'il est convaincu de la déviance de celui qu'il a consulté en premier lieu. Par conséquent, il pourra de cette manière exercer une menace sur le médecin, qui sera ainsi incité à respecter les intérêts du patient, ce qui présuppose que le médecin subit une désutilité conséquente lors de la perte d'un client.

3-2-2 : Relation d'agence et hiérarchie à l'hôpital public

A : Les relations d'agence à l'hôpital public : Le système hospitalier doit faire l'objet d'une analyse particulière en terme de relation d'agence. En effet, on distingue plusieurs groupes d'acteurs au sein d'un hôpital public, à savoir un groupe de gestionnaires, l'ensemble des médecins, le personnel non médical ainsi que le personnel para-médical. Mais aussi, les acteurs extérieurs à l'hôpital même, qui sont en relation avec l'hôpital à savoir les pouvoirs publics et les usagers.

Il convient alors d'étudier les différentes relations d'agence qui s'instaurent entre ses différents acteurs à l'hôpital public.

A1 : approche normative du fonctionnement de l'hôpital public : « La modélisation normative du fonctionnement de l'hôpital public en terme de relation d'agence est relativement limitée »². Les relations d'agence à l'hôpital sont des relations à plusieurs étages où l'administrateur gestionnaire occupe une place centrale : il est à la fois agent des pouvoirs publics et principal des médecins.

L'approche normative de l'hôpital par la relation d'agence nécessite l'identification précise des acteurs en tant qu'agent ou principal. « Cette approche, rencontre des difficultés pour appréhender toute la complexité des relations d'agence à l'hôpital public »³.

➤ **La relation administrateur-pouvoirs publics :** dans le secteur public, les ressources de l'hôpital sont allouées par les pouvoirs publics qui délègue à l'administrateur la fonction de gestion de ces ressources.

De ce fait, le gestionnaire hospitalier est l'agent des pouvoirs publics. Cependant, son action de gérer de façon optimale la production de soins est inobservable par ces derniers. Par ailleurs, ce même administrateur gestionnaire dispose d'une information relative aux coûts, à la fonction de production, ainsi qu'à la qualité des services produits dans son établissement.

¹ : Bejean.S, op cit, p199.

² : Idem, p214

³ : Mougeot.M, concurrence et incitation dans le système hospitalier, revue française d'économie, volVIII, N° 2, 1993.

En effet, l'administrateur gestionnaire reçoit un budget annuel en fonction de l'information qu'il délivre aux pouvoirs publics. Information qu'il peut aussi utiliser dans l'intention de satisfaire ses propres objectifs. S'il on suppose que l'utilité de l'administrateur est fonction, d'une part de son revenu monétaire et d'autres part d'arguments non monétaires tel que le revenu et le prestige liés à l'exercice de ses fonctions, il cherchera alors à minimiser la marge de manœuvre qui lui permet d'utiliser une partie du budget d'une façon discrétionnaire. Dans ce cas, son objectif consistera dans la maximisation de son budget discrétionnaire, qui est égale au budget qui lui est accordé duquel sont soustrait les coûts fixes et les coûts variables liés à l'activité de l'hôpital, alors que l'utilité de la tutelle est fonction du budget alloué, mais aussi du niveau de production. Par conséquent, les pouvoirs publics doivent déterminer un système d'allocation du budget, tel que l'administrateur soit incité à révéler la véritable information.

Par conséquent, le caractère inobservable de l'effort de l'administrateur fait de cette relation d'agence une relation avec sélection adverse, puisque les pouvoirs publics, ne connaissent pas la fonction de coûts de chaque hôpital, mais seulement la distribution de probabilité de ces coûts dans l'ensemble des établissements hospitaliers.

➤ **La relation médecin-administrateur** : dans ce cas, l'administrateur est l'agent des pouvoirs publics mais aussi le principal du médecin. Ce dernier étant producteur de soins de l'hôpital, il peut aussi diriger une unité de soins et d'être chargé de gérer et de diriger ce centre de responsabilité.

Cependant, l'administrateur est chargé de la détermination du revenu des médecins. Il peut alors inciter ce dernier par le budget qu'il alloue au centre de responsabilité. En effet, « l'utilité du médecin est fonction de sa rémunération monétaire, que l'on peut considérer comme exogène, puisqu'elle est déterminée par les pouvoirs publics et fonction de son pouvoir et de son prestige liée à l'importance du plateau technique dont il dispose, à la capacité en lit de son service et au nombre de patients qui y sont soignés »¹. Tous ces éléments dépendent de la part du budget de l'hôpital qui est attribuée au centre de responsabilité.

Toutefois, seuls les médecins sont détenteurs de l'information sur les coûts nécessaires à l'activité médicale de leur centre de responsabilité. Par conséquent, l'opportunité d'une intervention spécialisée, de la durée d'hospitalisation, de l'activité médicale en général ne peut être jugée que par l'expert, à savoir le médecin hospitalier. L'administrateur ne peut donc que se fier aux messages que lui fournit le médecin pour déterminer les coûts et consécutivement ; définir le budget qu'il alloue au centre de responsabilité.

¹ : Bejean.S, op cit, p 219.

Dans ce cas, le médecin a intérêt à maximiser la taille et l'importance de son service et à accroître les coûts induits. De plus, il subit l'incertitude liée à la demande des patients pour pouvoir faire face à une demande aléatoire, ce qui fait que la capacité d'accueil doit être excédentaire. En revanche, l'administrateur supporte le risque financier lié à un coût de production aléatoire, d'où la divergence des objectifs du médecin et de l'administrateur.

De ce fait, on déduit que dans sa relation avec les pouvoirs publics l'administrateur cherche à maximiser son budget discrétionnaire, tout en minimisant son effort, et comme les coûts sont supposés fixes, cela revient à maximiser le budget de l'hôpital. Les pouvoirs publics doivent alors mettre en place un mécanisme incitatif, qui amène l'administrateur à révéler la véritable information sur ses besoins en début de période et de plus à ne pas dépenser tout le budget qui lui est alloué.

Cependant, dans sa relation avec les médecins, c'est au contraire, le budget qui est supposé fixe, d'où le fait que l'administrateur cherche à inciter les médecins à produire des efforts de façon à minimiser les coûts.

Afin de mieux appréhender la complexité de ces relations et le rôle central de l'administrateur dans la hiérarchie du système hospitalier, il convient de proposer une approche positive de ces relations d'agence à l'hôpital.

A2 : Approche positive et fonctionnement de l'hôpital public : L'extension de la relation d'agence à toute relation de coopération entre individus dont les intérêts divergent, permet de dépasser la difficulté inhérente à l'identification précise de l'agent et du principal au sein du système hospitalier où les relations sont multiples et complexes et où tout individu est à la fois agent et principal.

En effet, le médecin est employé par les pouvoirs publics, mais il est sous la surveillance de l'administrateur de l'hôpital. Cependant, comme le souligne l'approche normative de l'agence, l'administrateur n'est pas un agent parfait qui cherche à satisfaire les intérêts du principal, or il cherche également à satisfaire ses propres intérêts. Cet acteur intermédiaire entre les pouvoirs publics et le médecin détient une position hiérarchique. Il est simultanément agent des pouvoirs publics et principal du médecin. Par conséquent, il peut choisir une stratégie de collusion avec le médecin afin de leur permettre à tous les deux à détenir toute l'information nécessaire pour avoir un rapport de force plus favorable lors des négociations budgétaires avec la tutelle.

Cependant, les intérêts du médecin ne résident pas nécessairement dans cette stratégie de collusion, car il dispose d'une grande indépendance vis-à-vis de l'administrateur. Cette indépendance est garantie par la détermination de sa rémunération par la tutelle, le monopole

dont il dispose sur l'information médicale, ainsi que le pouvoir qu'il exerce sur le personnel paramédical.

Néanmoins, le pouvoir de l'administrateur sur le médecin réside dans la fonction de gestion qu'il exerce. Le médecin ne peut être indifférent à la répartition du budget entre les différents centres de responsabilité à l'hôpital. Les arguments de l'utilité du médecin et de celle de l'administrateur sont alors semblable « prestige-pouvoir », mais la structure de l'activité hospitalière et la taille de l'établissement ne les influence pas dans le même sens.

Il faut aussi noter, que les médecins sont en relation avec les usagers de l'hôpital, à savoir les patients, et les médecins libéraux. Dans ce cas, il incombe aux médecins de fournir l'information qu'ils peuvent s'approprier relativement aux comportements de ces usagers. L'administrateur, au nom des pouvoirs publics, cherche à se réapproprier cette information, afin de pouvoir établir une politique hospitalière adoptée à la demande et aux contraintes, notamment budgétaires, imposées par les pouvoirs publics.

L'interaction de ces différentes relations conduit à un jeu complexe entre les différents acteurs ou groupe d'acteurs qui sont amenés à adopter des stratégies dont l'approche normative prédit l'inefficacité. En revanche, l'approche positive de l'agence prédit que la structure organisationnelle qui émerge spontanément est optimale. En effet, cette approche analyse les relations en fonction des arbitrages qui s'effectuent en termes de coûts d'agence, qui ne sont que la contrepartie optimale de l'asymétrie d'information.

B : Contrats incitatifs et hôpital public : Malgré les difficultés soulignées précédemment tenant à la complexité des relations et à l'interaction entre les acteurs dans l'approche normative, cette dernière peut conduire à la définition des contrats incitatifs susceptibles de se substituer en politique hospitalière. « Ces contrats incitatifs nécessitent une certaine médicalisation de la gestion hospitalière, condition nécessaire à son efficacité »¹.

B1 : Médicalisation de la gestion hospitalière et contrats incitatifs : Les caractéristiques de la relation d'agence à l'hôpital, à savoir le risque moral et la sélection adverse, surtout en ce qui concerne la relation pouvoirs publics- administrateur, constituent les principales sources de dysfonctionnement que les pouvoirs publics cherchent à minimiser. Etant donné que ces phénomènes sont dus à l'asymétrie informationnelle qui est en faveur de l'agent, les pouvoirs publics sont amenés à mettre en œuvre une stratégie incitative. Cette dernière consiste dans l'incitation « sans contraintes » de l'agent à révéler la véritable information et à en fournir l'effort nécessaire à l'accomplissement de son activité.

¹ : Castiel.D, op cit, p61

« Pour que l'agent ait intérêt à révéler l'information qu'il détient, la procédure incitative doit être telle que l'agent qui dissimulerait l'information prendrait le risque d'en être pénalisé »¹. Il faut dans ce cas trouver une règle de transfert, qui dédommagera l'agent de la désutilité consécutive à l'annonce de la vérité, afin que cette dernière devienne pour lui la stratégie dominante.

Par ailleurs, plusieurs procédures incitatives peuvent être envisagées, selon la situation des agents et des principales. On trouve la situation bilatérale, où la stratégie incitatif du principal (qui est en relation direct avec l'agent) consisterait à acheter la bonne information. Dans le cas contraire, c'est-à-dire en situation multilatérale, et où les agents ne sont pas en situation de concurrence, la stratégie consisterait à faire payer à l'agent qui adopterait un comportement déviant le coût de son action, et faire subir la même punition à l'ensemble des agents.

Enfin, « une autre stratégie consiste à mettre les agents en situation de concurrence et les inciter par la suite à révéler leur véritable coût de production »². Cependant, « ces procédures sont peu adoptées au contexte institutionnel de l'hôpital public, mais sont souvent proposés par les contrats Etat- entreprises »³.

B2 : L'apport d'une médicalisation de la gestion hospitalière : La médicalisation de la gestion hospitalière exprimée en France depuis plusieurs années, dans plusieurs hôpitaux volontaires, repose essentiellement sur une collecte systématique de l'information concernant les hospitalisés sortant (durée de séjour, diagnostics successifs, actes médicaux)⁴. Par conséquent, ces information qui en résultent vont permettre de construire des groupes de malades au termes d'une démarche statistique, qui fait apparaître des profils de pratique en fonction d'une variable expliquée, qui est la durée du séjour, et une variable explicative, qui est l'âge, le sexe, le diagnostic principal justifiant l'hospitalisation ainsi que le diagnostic secondaire justifiant le devenir du malade à la fin du séjour, et en fin les soins chirurgicaux nécessitant le recours à une sale d'opération.

En effet, la médicalisation de la gestion hospitalière (GHM), devient le centre de responsabilité de l'hôpital et de l'établissement d'une comptabilité analytique pour la GHM, calculant les coûts par classe de pathologie qui permet de fonder la gestion de l'hôpital sur une mesure « nosologique »⁵ du produit hospitalier.

¹ : Bersniak.A et Duru.G, économie de la santé, ed Masson, Paris 1992, 216p.

² : Mougeot.M et Naegelen.F, les marches hospitalières, economica, 1984

³ : Laffont.JJ, le risque moral dans la relation de mandat, In revue d'économie, N°1, janvier 1987,p5-23.

⁴ : Bejean.S, op cit, p 233.

⁵ : Idem

C : apports d'une approche de l'hôpital public par la théorie de l'agence : Selon Bejean.S, la théorie de l'agence permet de prendre explicitement en compte « les trois dimensions spécifiques »¹ de l'hôpital public pour les raisons suivantes :

- La théorie de l'agence centre son analyse sur les comportements individuels. En effet, les comportements individuels internes ou externes à l'organisation sont objets d'analyse pour la théorie de l'agence. Le rôle de la tutelle est ainsi intégré explicitement, puisqu'il s'agit de l'un des acteurs en relation avec les établissements de soins. par conséquent, chaque acteur ou groupe d'acteurs au sein de l'hôpital ou en relation avec ce dernier, prend des décisions de façon économiquement rationnelle, sans que les conséquences de ces décisions sur l'allocation des ressources ne soient ignorées par l'analyse de l'hôpital, en terme de relation d'agence ;
- La relation d'agence postule d'emblée que l'information est source de pouvoir et de richesse pour son détenteur, et par ailleurs, cette information est inégalement répartie entre les acteurs. Les dysfonctionnements sont les résultats de comportement de manipulation stratégique de l'information.

En effet, l'étude des comportements individuels dans un contexte incertain, où l'information est asymétrique, permet à la théorie de l'agence d'intégrer explicitement le rôle de la tutelle et la coexistence de plusieurs centres de décision au sein de l'hôpital.

Ainsi, l'apport de l'approche positive de l'agence, réside principalement dans l'explication du fonctionnement de l'hôpital. Etude centrée sur les modalités de rémunération et de rétribution des acteurs, les caractéristiques des contrats, ainsi que sur les procédures de contrôle existant.

3-3 : Apport et limites de la théorie de contractualisation en santé

3-3-1 : Apport de la théorie des contrats en santé

L'analyse du système de soins conduit à mettre l'accent sur la relation centrale et fondamentale que le patient entretient avec le médecin. En effet, les décisions qui engagent les dépenses de soins sont prises lors de la rencontre entre ces deux acteurs, dont l'autonomie garantit la décentralisation de ces décisions. Cependant, cette autonomie décisionnelle (liberté d'exercice, de prescription et d'installation du médecin et le libre choix de son praticien par le patient) ne s'accompagne pas d'un mode de régulation lié au mécanisme du marché.

Ainsi, l'analyse de l'activité médicale comme un service marchand ne peut rendre compte de la réalité du fonctionnement du système de soins.

¹ : Les trois dimensions d'un hôpital public sont : -la fonction objective de l'hôpital : maximiser l'utilité du manager hospitalier. – le manager détient l'information qui lui donne le pouvoir. L'existence de plusieurs centres de décisions. (Bejean.S, 1994).

Par ailleurs, l'approche contractuelle fournit un schéma explicatif plus cohérent par la prise en compte de l'incertitude inhérente aux dépenses sanitaires, ainsi que des comportements stratégiques qui s'instaurent au sein de cette organisation.

En effet, le médecin est à la fois le producteur des services de santé et le révélateur des besoins du patient. Contrairement à ce que laisse entendre une analyse néoclassique, le rôle du médecin est plus complexe et en termes d'agence cette complexité rend compte de la délégation du pouvoir par le patient au médecin, en raison du pouvoir de détention d'information qu'a ce dernier. Cependant, le patient à son tour, n'est plus dans un cadre de consommateur qui aura perdu son autonomie, mais il est aussi un profane que délègue son pouvoir décisionnel à un expert. La relation qu'il entretient avec le médecin n'est plus une relation marchande, mais une relation contractuelle régie par des règles de jeu préalablement définies par la tutelle.

Néanmoins, l'analyse économique du système de soins par la théorie de contractualisation, permet de prendre en compte le rôle des pouvoirs publics, dont l'intervention est légitimée par le caractère tutélaire des soins médicaux. Dans ce cas, les pouvoirs publics doivent produire des règles du jeu, alors qu'ils sont eux-mêmes acteurs de jeu. Par conséquent, l'analyse du système de soins en termes d'agence est précieuse, puisqu'elle permet de suggérer quelques règles du jeu, incitatives, susceptibles d'être dictées en médecine ambulatoire, ainsi qu'à l'hôpital, afin de restaurer l'efficacité du système lui-même.

3-3-2: limites de la théorie de contractualisation en santé

Malgré les apports cités précédemment de la théorie des contrats dans le système de soins, des limites ont été observées et il convient de les souligner ¹:

En effet, dans une relation contractuelle, chacun des acteurs va finalement chercher son propre intérêt. Par conséquent, deux types de perturbations au sein d'une relation vont intervenir, à savoir le risque moral et la sélection adverse. Autrement dit, dans le cadre d'une relation d'agence, à partir du moment où le comportement de l'agent est imparfaitement observable par le principal, notamment en terme d'effort fournis, se développe un comportement stratégique de la part de l'agent appelé **risque moral**, qui fait diverger les intérêts des deux parties en présence. Dans ce cas, l'agent va en profiter du pouvoir qu'il a de détenir l'information, afin de détourner la relation en son profit au détriment du principal. Ainsi, il ne laisse observer que le résultat de l'action, sans que le principal ait la possibilité de s'interroger sur les moyens utilisés pour atteindre le résultat.

¹ : Castiel.D, op cit, p62.

D'un autre côté, lorsque l'agent dissimule au principal toute ou une partie de ses caractéristiques, le phénomène de **sélection adverse** intervient, et permet à l'agent de détourner la relation en son profit.

Ajoutant à cela :

- Les limites d'une prise en compte de l'incertitude sanitaire en terme probabiliste : en effet, cette prise en compte de l'incertitude sanitaire est limitée dans ce cadre à l'incertitude éventuelle, liée à l'occurrence de la maladie et à l'incertitude inhérente à l'absence d'information ;
- L'absence de dimension collective dans l'organisation au sens de l'approche contractuelle : il est vrai que dans cette approche, la conception de l'organisation est paradoxale, car elle stipule d'un côté l'existence d'une entité collective et de l'autre côté, elle étudie exclusivement les relations entre individus. Il convient donc de repenser l'organisation, non plus comme un nœud de contrats, mais comme une entité collective;
- Les conséquences théoriques de l'indétermination du produit de l'intervention médicale sur l'efficacité des contrats incitatifs : en effet, l'approche contractuelle propose une interprétation pertinente de l'activité médicale, puisqu'elle définit cette dernière comme étant un ensemble d'efforts qui permet de prendre en compte l'intensité, la qualité et la durée de l'intervention médicale, qui sont des dimensions essentielles de l'activité du médecin. Cependant, cette approche se heurte également au problème de l'absence d'objectivité, quant au résultat de l'action du médecin. L'activité est dans ce cas sujet à l'incertitude, puisque l'absence de résultats et l'impossible objectivation du produit de l'intervention médicale conduisent à s'interroger sur ce qui assure la stabilité et la variabilité de la relation médecin-patient-pouvoirs publics.

En fin, on pourra dire que la théorie des contrats offre un système d'analyse cohérent dans le cadre de la santé, en s'inscrivant toutefois dans une économie marchande, mettent en lumière les comportements stratégiques des acteurs. Un tel modèle permet d'expliquer les surconsommations de soins constatés ces dernières années, sans pour autant apporter un cadre solide, complètement adapté au système de santé. La référence reste le marché, où chacun des acteurs cherche à optimiser son résultat.

L'apport de cette théorie réside dans la prise en compte du déficit informationnel de la part de l'un des acteurs qui est le principal. Cependant, une autre théorie vient pour compléter celle des contrats et faire face à ses limites, à savoir la théorie des conventions qui fera l'objet de la dernière section.

Section 4 : Approche conventionnaliste et service public de la santé (selon P.Batifoulier)

Après avoir étudié dans la section précédente l'approche contractuelle, en particulier la relation d'agence qui est au cœur du système de soins, et avoir ressorti ses limites, il convient dans cette section d'étudier l'approche conventionnaliste qui vient pour compléter la théorie de l'agence et qui souligne la nécessité d'exogénéité des valeurs, telles que l'éthique, la confiance et la qualité.

4-1 : Présentation du modèle standard de l'économie des conventions

Le terme convention vient du terme latin « conventio », issu de convenir qui signifie « venir ensemble » ou au figurer « être d'accord », désigne l'ensemble des éléments sur lesquels les participants à la convention partagent un commun accord.

Selon Philippe batifoulier et Guillemette de Larquier « une convention est un ensemble de critères auxquels un individu se réfère au moment où il prend sa décision »¹. En d'autres termes, il suffira que l'autre individu auquel on s'intéresse soit susceptible de prendre la même décision, comme par exemple, le fait de saluer quelqu'un avec la main droite en s'attendant à ce que cette personne fasse la même chose, sans chercher le pourquoi de ce geste.

Néanmoins, la convention ne peut exister et n'aura de sens que dans un collectif, car on peut bien suivre une routine tout seul, mais il faudra être au moins deux pour que la notion de convention soit pertinente.

Par ailleurs, une convention est une forme d'accord non explicite, dont les comportements à adopter sont prescrits sans un écrit auquel on se référera. C'est plus exactement l'effort de volonté ou de mémoire qui permettra d'expliquer la décision, mais qui est tout de même pas nécessaire. Par conséquent, quand le collectif est identifié, la convention préconise un comportement sans que l'individu ait besoin d'expliquer les motifs qui l'ont poussé à adopter un tel fait.

Ajoutant à cela, qu'une convention n'a pas de formulation précise qui pousse à se référer à des lois juridiques pour la définir, ce qui fait qu'en convention, il n'existe pas de sanctions. Cependant, violer une convention pourra provoquer des désagréments qui tiennent à la culpabilité où à la désapprobation sociale.

On pourra alors dire en définitive, qu'une convention est une règle particulière qui constitue un arbitraire qui coordonne les comportements des individus, mais qui n'a pas de

¹ : Batifoulier.P, économie des conventions, economica, Paris 2001, 328p.

définition officielle et précise, et pour cela, elle ne présente aucune sanction précise en cas de violation, mais les sanctions implicites sont possibles.

Notons toutefois, que l'individu est le point de départ du modèle conventionnaliste. Il est la plus petite partie du corps social, doté de facultés de décision, d'adaptation et d'action. L'économie des conventions est donc non standard pour la rationalité individuelle mise en postulat et pour les modalités de coopération qui sont privilégiées. C'est ce qu'on verra dans le point suivant.

4-1-1 : Les origines de la théorie économiques des conventions : la coordination par les prix

La question de coordination des actions individuelles, capable de produire un ordre collectif efficient est depuis toujours au cœur de la réflexion économique.

Cependant, tel que la notion de convention a été définie précédemment en tant que mode particulier de coordination, on pourra croire qu'elle a été largement explorée. Pourtant, cela n'est pas le cas, du moment que la théorie économique a pendant longtemps « considéré que les comportements individuels étaient coordonnés uniquement par les prix »¹.

Néanmoins, la théorie économique qui prétendait faire du système de prix l'unique mode de coordination, laisse a priori apparaître le besoin évident de règles, afin de coordonner les comportements. En effet, sans accords conventionnels des participants, sur les règles de fonctionnement du marché, la coordination échouera. Ceci offre donc à la notion de convention une place plus ambitieuse au sein de l'analyse économique.

A : les prix du marché et les relations entre individus : Au sens de la théorie économique standard, les individus n'ont qu'à maximiser leurs inserts individuels de façon égoïste, et les prix leur assureront une coordination optimale.

A1 : La théorie de l'équilibre général : cette même théorie démontre que, si les marchés sont en concurrence pure et parfaite, les prix refléteront les décisions des individus à travers la loi de l'offre et de la demande, qui stipule que lorsque la demande d'un bien est supérieure à l'offre, son prix augmente, et vice versa.

Toutefois, il est vu qu'une telle représentation de la coordination est extrêmement centralisée, « ce qu'il peut sembler paradoxal, lorsqu'on sait qu'elle est mise en avant afin de justifier l'efficacité des économies centralisées »². En effet, la loi de l'offre et de la demande est appliquée par le secrétaire du marché, qui est le seul qui possède et contrôle toute l'information nécessaire au fonctionnement du marché, et qui est en mesure de déterminer les prix par la confrontation de l'offre et de la demande globales. Les individus n'auront dans ce cas, qu'à

¹ : Batifoulier.P, économie des conventions, op cit p 35.

² : Idem, p 38.

calculer l'offre ou la demande la plus avantageuse pour eux à ce prix. Il est alors attribué à l'individu des capacités cognitives nécessaires à ce calcul d'optimisation.

En outre, dans ce cas là, les individus sont considérés comme nombreux sur le marché, ce qui fait que l'importance de chacun est négligeable et aucun considéré individuellement ne peut agir sur les prix. Par conséquent, ces individus ne peuvent pas choisir le prix auquel ils veulent acheter ou vendre certaines quantités de bien, mais juste proposer une quantité en fonction des prix fixés par le secrétaire du marché, ce qui fait que ces mêmes individus sont totalement isolés, et n'ont de contact qu'avec ce dernier.

Ainsi, on pourra comprendre, que la théorie de l'équilibre général résout le problème de la coordination individuelle, de manière « triviale »¹ : en évacuant tout simplement ; toute interaction entre les agents.

« La théorie de l'équilibre général trouve en fin une justification normative avec la démonstration des théorèmes de l'économie du bien être, selon lesquels cet équilibre est aussi un optimum de Pareto »², où il est impossible d'accroître le bien être d'une personne sans avoir à déminer celui d'une autre personne³.

A2 : théorie de la production des comportements : L'existence de prix est totalement affranchie de l'idée du marché et dépend de la technologie de production mobilisée, ainsi que des investissements réalisés par cette production. Toutefois, toute production a un prix implicite, qui permet d'orienter les décisions. Un individu peut par exemple faire le choix d'investir dans un capital social, au détriment d'autres intérêts, qui sont dépendant du rapport du prix implicite des différents types d'investissements possibles. Ainsi, il est possible de trouver une explication à un ensemble de comportement en se basant sur le processus de formation des prix, sur lequel se fondent implicitement les décisions.

En effet, l'utilité individuelle est produite par l'individu à travers l'achat de biens ou la réalisation d'investissement ; et dépend de l'évaluation des prix. Cependant, « l'étude de l'évolution des préférences ouvre sur une approche dynamique des comportements, et explique la formation d'habitude, qui correspond à une adaptation rationnelle des préférences à un choix antérieur, ou encore, la formation d'un comportement traditionnel, qui est considéré comme une forme d'activité habituelle, sensible aux choix d'un passé lointain »⁴.

¹ : Idem

² : Greffe.X, économie des politiques publiques, ed (2ème ed) Dalloz, paris 1997, p 53.

³ : Le premier théorème de l'économie du bien être explique que tout équilibre général assure l'efficacité de l'économie. Le second démontre qu'à tout optimum, on peut faire correspondre un équilibre, en déterminant les dotations initiales et le système de prix adéquat.

⁴ : Becker.G, habits, addictions, and traditions, 1992, IN Gomez.P.I, la gouvernance de l'entreprise, inter édition, Paris 1996, 267p.

Néanmoins, il est certes que l'évolution des prix permet d'expliquer l'ensemble des comportements des individus et donner un éclairage intéressant sur le mécanisme de production des comportements, mais il est difficile qu'elle soit en mesure d'expliquer l'imprévu ou même la nouveauté. Ainsi, elle paraît insuffisante pour épuiser le problème de la coordination.

B : l'approche générale de l'économie de convention et la question de coordination

B1 : l'ignorance des règles constitutives : En sachant juste que la coordination par les prix se fait suivant les fonctions du secrétaire du marché dans cette approche standard de l'économie de convention, un ensemble de règles importantes reste alors implicites.

En effet, le secrétaire du marché est à la fois créateur de prix, centralisateur d'information, mais aussi, il applique la loi de l'offre et de la demande et interdit tout échange avant la réalisation de l'équilibre. Cependant, si ces quatre règles ne sont pas postulées, il reste possible d'atteindre l'équilibre, car les prix ne peuvent plus assurer la coordination des décisions.

Néanmoins, « dans la théorie économique standard, ces règles semblent avoir été neutralisées, alors que le marché n'est pas un espace naturel mais construit. Autrement dit, c'est l'existence de ces règles (qui coordonnent l'espace de coordination du marché) qui fait que les prix assurent la coordination »¹. En outre, on remarque que ces règles ne sont pas ici un simple moyen de coordination au même titre que les prix, mais « elles relèvent plutôt d'un niveau logique supérieur, définissant le cadre à l'intérieur duquel un moyen de coordination qui est le prix opère »².

Ainsi, la loi de l'offre et de la demande est une des règles constitutives dans la théorie de l'équilibre générale. La référence au marché comme mode implicite de coordination se trouve donc considérablement affaiblie, dès lors que ce dernier est dépourvu de son appareillage institutionnel.

B2 : l'absence de l'incertitude : l'information et la connaissance sont supposées parfaites dans la théorie de l'équilibre général. En d'autres termes, on distingue des situations de certitude, dans lesquelles la liste exhaustive des événements possibles est parfaitement connue de tous. Les individus possèdent dans ce cas une information parfaite des règles constitutives qu'ils doivent respecter, ainsi que des prix qui cerclent sur le marché. Ainsi, l'ensemble de leurs croyances est partagé par tous et ils connaissent la totalité des événements futurs possibles. C'est-à-dire qu'ils opèrent sur des marchés contingents, où ils ont la possibilité des transactions conditionnelles à toutes les situations possibles.

¹ : Reynaud.B, le contrat de travail dans le paradigme standard, revue française d'économie, vol3, N°4, 1988, p157-194.

² : Batifoulier.P, op cit, p 42.

Cependant, la vérification de ces conditions ne peut être qu'un cas limité, car les individus ne peuvent pas connaître toutes les caractéristiques de leur environnement, ni d'observer de manière parfaite toute l'information qui circule. De ce fait, le système de prix ne fonctionne que dans des cas très particuliers et limités.

Par ailleurs, les économies réelles fonctionnent tous les jours et sans une incertitude forte, à moyen et long terme. Par conséquent, les individus parviennent à coordonner et à prendre des décisions qui les engagent pour le futur, même si les connaissances et les informations de chacun ne sont pas partielles. Dans ce cas, il est évident que même si le système de prix n'est pas parfaitement calculable, les individus arrivent à se mettre d'accord sur des décisions économiques, en ayant recours à d'autres moyens ; appelés « les règles », qui sont des moyens de régulation des pratiques.

Ainsi, selon P.Batifoulier « si les prix sont le moyen de coordination efficace, lorsque toutes les hypothèses de la théorie de l'équilibre général sont vérifiées, ils n'assurent plus la coordination interindividuelle, lorsqu'il existe une certaine incertitude¹ ». Alors, les individus raisonnent mieux, à partir de l'espérance de leur utilité, et se mettent d'accord sur des règles de comportement qu'ils s'engagent à adopter afin de coordonner.

4-1-2 : la coordination par les règles

On a d'abord défini la convention, puis on a montré comment la coordination par les prix se fait-t-elle, et qu'elles sont ses insuffisances, maintenant, il reste à ce qu'on explique dans un second temps, comment fonctionne une coordination par les règles. Pour ce faire, on va expliquer ce que signifie une rationalité individuelle, puis on expliquera l'existence de certaines règles particulières.

A : La rationalité individuelle : « Le débat dans les sciences économiques s'est longtemps limité à une opposition simpliste entre des comportements substantivement rationnels, opposés à des comportements irrationnels »². « Hebert Simon, montre la coexistence de différentes formes de rationalité et remet en question l'innocence de la conception d'une rationalité consubstantiellement rattachée à chaque individu et qu'on qualifie de rationalité substantielle »³. Il montre également l'existence d'une forme de rationalité dite « procédurale », qui permet aux acteurs de trouver des solutions, non pas par recours à leur capacité substantive de raisonner, mais par adoption d'une raison commune, construite collectivement et constituant des mesures de calculs.

¹ : Idem, p43.

² : Gomez P.I, op cit, p180.

³ : Simon.H.A, from substantives to procedural rationality, IN Gomez.P.I, op cit, p 180.

Par ailleurs, le bien être de chacun dépend non seulement de ces propres choix, mais également de ceux que les autres entreprennent avant, en même temps et même après le choix de cette personne là. Il n'est donc plus possible de décider de sa conduite, indépendamment de celle des autres.

En effet, un agent maximisera sa satisfaction de manière égoïste, compte tenu, non seulement des contraintes que lui impose son environnement, mais aussi des décisions que vont prendre les autres avec lesquels il interagit. Ainsi, une certaine incertitude, qualifiée de stratégie, sur ce que vont faire les autres agents se laisse à ressentir. Afin de résoudre cette incertitude, l'agent se met à la place des autres, et suppose que ces derniers auront la même rationalité que la sienne, et choisi donc, l'action qui maximisera ses satisfactions, compte tenu des contraintes qu'il subit.

L'interdépendance des actions de chacun est ainsi prise en compte ; sous la forme d'une réflexivité des choix (mon choix dépend de ton choix qui dépend de mon choix...etc.). Dans ce cadre de relation d'interaction caractérisée par l'hypothèse de la rationalité, la théorie économique explique le recours à des règles afin d'assurer la coordination des comportements.

B : Des règles contrats aux conventions : Les différents agents peuvent suivre des règles pour deux raisons différentes :

- Soit parce qu'ils sont contraints par des lois et des règles juridiques. Dans ce cas, l'agent pourra calculer s'il a intérêt à suivre la règle, qui même si elle n'est pas socialement efficiente, il peut devenir dans l'intérêt des deux agents qui sont en interaction de la suivre, afin d'éviter toute sanction possible ;
- Soit parce que c'est dans leurs intérêts. En effet, on peut concevoir des accords entre individus, qui reposent sur des menaces implicites de sanction informelles et imposées par un milieu social diffus. Par exemple, la perte de réputation ou l'exclusion du groupe sont des menaces de sanction implicites, qui poussent un agent à suivre la règle de coordination.

Cependant, l'analyse économique privilégie une définition plus étroite de la convention, qui est celle d'un philosophe de langage : D.Lewis (1969) [convention (a philosophical study), Harvard university press, Cambridge 1969.] : « Une règle matérialisée par aucun contrat et dont le non respect n'est sanctionné par aucune peine statutaire ou informelle »¹, c'est le cas par exemple, de décider de rouler à droite dans un pays où c'est une règle choisie par tout le monde afin d'éviter tout accidents. C'est donc, une décision purement conventionnelle.

Ainsi, les conventions sont des règles, qui revêtent uniquement un enjeu stratégique, qui est celui de la coordination sans qu'aucune maximisation des intérêts ne permette à priori de les

¹ : Batifoulier.P, op cit p 50.

choisir, et sans qu'aucune sanction ne vienne modifier la structure des intérêts, sauf celle de ne jamais réussir de se coordonner si aucune convention n'est choisie.

C : les règles régulatrices : En se basant sur la théorie de la rationalité stratégique, la théorie économique explique l'existence d'un grand nombre de règles, que l'on peut classer en deux grandes catégories : les règles contrats et les règles conventions, qui sont des règles de coordination, permettant d'accorder les individus.

Cependant, sachant que les contrats sont des accords de volonté, les conventions quant à elles échappent à toute volonté individuelle. On déduit par là, que la rationalité n'est pas à l'origine des conventions qui émergent par hasard, ou grâce à l'intuition des agents, mais explique leur usage et sa consolidation au cours des interactions.

Toutefois, ces deux types de règles sont des moyens de coordination des comportements, tout comme le sont les prix dans l'environnement du marché, défini par la théorie de l'équilibre général, et regroupent des règles régulatrices. En effet les marchés sont régulés par les prix et les organisations par des règles variant selon la comptabilité des intérêts individuels. Cependant, d'autres règles plus importantes sont nécessaires afin que les prix soient un moyen de coordination, à savoir les règles constitutives, qui ne font pas réguler des pratiques, mais elles les instituent et agit au niveau des représentations, plutôt qu'au niveau des comportements.

4-1-3 : Economie des conventions et relations entre individus

L'économie des conventions a trouvé ses fondements sur la base des critiques internes de la théorie économique qu'on a vue précédemment. Par ailleurs, « bien que l'économie du marché n'a pas été remise en cause, la coopération des décisions individuelles se réfère à des éléments non marchands »¹. Dans ce cas, les règles et les conventions sont des dispositifs, qui permettent de constituer simultanément l'accord des volontés individuelle et le produit de cet accord.

A : la caractéristique collective et cognitive des individus : Comme on l'a vu précédemment, c'est en premier lieu la rationalité substantielle qui est remise en cause dans la théorie standard. En effet, l'hypothèse de l'individu maximisateur, doté d'une capacité de calcul démesurée, tombe devant les paradoxes auxquels elle est confrontée. Par exemple, l'approche contractuelle qui cherche l'explication de certains comportements irrationnels sous l'hypothèse de l'information parfaite postule que la rationalité individuelle est limitée par l'information disponible et dote ainsi les individus d'une certaine méconnaissance. « De façon similaire, les agents économiques sont supposés élaborer leurs décisions en fonction d'un avenir connu, alors

¹ : Revue économique, l'Economie des conventions, numéro spécial, vol 40, n° 2, 1989 ; p 141.

que se sont eux même qui le détermine, puisque cet avenir dépend des conséquences de leurs propres décisions. »¹

L'économie des conventions propose que le concept de « rationalité procédurale » de A.H.Simon², ou de rationalité cognitive de B.Walliser³ offre une alternative crédible à celui de rationalité substantielle. En effet, les individus sont limités par leurs capacités cognitives et privilégient par conséquent, le choix de la procédure de décision selon des critères de satisfaction.

Ajoutant à cela, que « l'identité collective constitue une problématique alternative à celle de la rationalité substantielle »⁴. Ainsi le comportement d'un individu s'inscrit dans un tissu de relation social. Autrement dit, l'économie des conventions conçoit l'individu comme cognitif par le processus cognitif qui guide sa rationalité, et collectif par son adhésion à une identité collective, ainsi qu'aux règles qui régissent le groupe.

B : les conventions constitutives : Une convention permet la coopération entre les individus, sans qu'un agrément explicite et préalable qui est le contrat ait lieu. Toutefois, l'émergence d'une convention ne peut reposer sur les fondements du paradigme de la rationalité substantielle, alors que le recours au concept de rationalité procédurale permet de sortir de l'impasse à laquelle conduirait une logique strictement individualiste, afin d'expliquer la formation de la convention, qui tire son efficacité de la répétition dans le long terme.

Il est vrai qu'une convention se définit comme un dispositif qui constitue un accord de volonté, tout comme le produit de cet accord. Dans ce cas, la convention constitue une régularité, qui a sa source dans les relations sociales. « Elle structure aussi la coopération entre les volontés individuelles dont l'intentionnalité n'est ni nulle, ni infinie »⁵.

En outre, « une convention permet une économie de savoir, et apparaît alors en tant qu'un dispositif cognitif et collectif »⁶, puisqu'elle apparaît comme un modèle de comportement et peut par conséquent servir de guide à l'action individuelle (cognitive). Mais, elle permet aussi de faire face à l'incertitude du savoir, du moment que l'absence des connaissances n'est pas pénalisante, ce qui fait de la convention un bien collectif.

¹ : Dupuy.J.P, convention et common knowledge, revue économique, vol40, n°2, 1989, p361-400

² : Voir: Simon.H.A, from substantives to procedural rationality, in latsis ed, method and apparaisal in économics, Cambridge university press, 1976, IN, Bejean.S, op cit, p 266.

³ : Voir: Walliser.B, instrumental rationality and cognitive rationality, thèori and decisions, vol 27, 1988, IN, Bejaen.S, op cit, p 266.

⁴ : Huard.P, rationalité et identité, vers une alternative aléatoire à la théorie de la décision dans les organisations, IN revue économique N°3, 1980, p540-573.

⁵ : Bejean.S, op cit, p 270.

⁶ : Favereau.O, marché interne, marché externe, revue économique, vol40, n°2, mars 1989.

C : Convention et identité de l'organisation : Contrairement à l'approche contractuelle, l'approche conventionnaliste qui reconnaît que les règles de coordination interne régissant l'organisation ne sont pas réductibles à des contrats, restaure l'identité de l'organisation. Autrement dit, les conventions associées à une conception procédurale de la rationalité, sont des règles qui permettent de comprendre comment fonctionnent réellement les organisations. Dans ce cas, ce fonctionnement est lié à l'adhésion des individus à des conventions, qui sont à la fois le résultat de leur coopération et le cadre structurel de celle-ci.

Par exemple, « l'organigramme ou la hiérarchie d'une organisation est à la fois le résultat de décisions individuelles et le support de sa propre reproduction par la conformité des individus à cette hiérarchie, reconnu comme une convention »¹.

Enfin, on pourra dire que le concept approprié à l'organisation devient celui d'un marché interne du travail, protégeant ses membres du marché externe afin de rendre possible un apprentissage organisationnel basé sur des conventions « des « dispositifs cognitifs collectifs » qui mobilisent un savoir collectif »². L'autorité, le contrat et l'incitation du modèle contractuel sont donc remplacés par la motivation des membres de l'organisation, favorisée par leur identité collective.

4-2 :L'analyse du système de soins à travers l'approche conventionnaliste

« La première tentative d'application de l'économie des conventions au domaine de la santé est récente, puisqu'elle date de 1990, avec la thèse de Philippe Batifoulier [incitation convention dans l'allocation des ressources, une application à l'économie de la santé, thèse, université Paris X, 1990.] »³. Dans ce cadre, la régulation économique du système de santé se résume à des principes de régulation en termes d'activité et de qualité. Par ailleurs, « ces conventions sont des objets collectifs, qui jouent un rôle de médiation indispensable et nécessaire, dont l'efficacité est inséparable de la spontanéité et du lien social, dont ils sont issus et qu'ils induisent »⁴.

En termes d'activité, les conventions portent sur l'étude des relations entre les professionnels de la santé et la tutelle. Elles sont subordonnées à la rationalité procédurale des acteurs et à leurs motivations, ce qui fait de l'offre réciproque, une caractéristique privilégiée de l'analyse de l'activité sanitaire.

¹ : Giordano.Y, décisions et organisations, quelle rationalité ? , revue d'économie et société, série science de gestion, n°17, avril 1991, p 161-194.

² : Favereau.O, op cit.

³ : Castiel.D, économie et santé, quel avenir, EMS, Paris, 1999, 127p

⁴ : Dupuy.T.P, ordre et désordre, enquête sur un nouveau paradigme, ed Seuil, Paris, 1982.

Ajoutons à cela, que les conventions d'activité permettent de construire l'identité collective de l'individu via son adhésion aux règles de la profession, comme elles favorisent la coopération entre les médecins et les pouvoirs publics, en contrecarrant ce que l'approche contractuelle appelle « le risque moral ».

Alors qu'en termes de qualité, les conventions portent sur l'analyse des relations entre le médecin et le patient, ce qui fait que la stabilité de cette relation est assurée par un objet collectif, qui permet une économie de recherche de l'information et évite la négociation préalable et perpétuelle. Par conséquent, les conventions de qualité permettent au patient de diminuer l'incertitude à laquelle il est confronté, notamment celle liée à la qualité de la production du médecin. La sélection adverse est dans ce cas évitée. Cependant, il faut bien noter que le caractère récent de cette approche, fait d'elle beaucoup plus un programme expérimental, qu'une véritable théorie achevée et opératoire.

4-2-1 : Les conventions d'activité

L'approche contractuelle, selon la théorie de l'agence conduisait à deux dysfonctionnements à savoir la sélection adverse et le risque moral. Cependant, l'analyse de l'activité sanitaire en termes de convention d'activité va permettre de sortir de ce dilemme et d'apporter des solutions.

L'approche conventionnaliste ne remet pas en cause la divergence d'intérêts des acteurs, mais permet plutôt de garantir la coopération de ces derniers en dépit même de l'existence d'intérêts contradictoires. Elle repose sur la notion de don réciproque de rationalité procédurale, mais aussi sur son caractère collectif (relation entre deux groupes et non pas entre deux individus), et sur sa dimension cognitive (permettant d'écarter les soupçons au sujet de l'effort du médecin).

Par conséquent, la convention d'activité permet la stabilité et la coopération entre le médecin et les pouvoirs publics, comme elle favorise la cohésion de ce groupe, c'est-à-dire l'identité collective de la profession médicale. Ainsi, les pouvoirs publics délèguent l'activité de soins aux médecins, dans l'intention de préserver le caractère tutélaire du bien « santé » et d'assurer une égalité dans l'accès aux soins, indépendamment des conditions de revenu de la part des individus malades. De cette façon, les pouvoirs publics orientent une certaine pratique de l'activité médicale, sans pour autant méconnaître le résultat de cette dernière, afin de garantir le caractère tutélaire du bien santé en mettant en avant la notion de désintéressement et en contre partie le médecin a besoin de ces pouvoirs publics afin d'être rémunéré.

Partant de là, on comprend que le don réciproque, qui consiste à offrir une juste rétribution en contre partie d'une éthique de désintéressement autorise un fonctionnement coopératif entre les deux parties. C'est ce qu'on expliquera en détaille dans les points qui suivent.

A : Le passage de l'effort à l'activité : Dans la section précédente, on avait expliqué, que l'approche contractuelle de la relation sanitaire, selon la théorie de l'agence était caractérisée par l'inobservabilité de l'effort de l'agent, qui est le médecin. Pour ce dernier, le risque moral représente « le dilemme (dit moral) d'être honnête ou de manipuler ce que d'autres prennent pour des contingences extérieures »¹.

Par ailleurs, « H.Leibenstein en 1982 et en 1987 a donné une solution, qui consiste dans l'explication de la coordination, sans pour autant se référer, ni au contrat ni au marché, mais plutôt, à une convention d'effort »². D'après cet auteur, l'effort du médecin dans l'exercice de son activité, ne dépend pas seulement de sa rémunération, mais aussi des motivations qui ne sont pas financières, à savoir le sentiment de démocratie, l'équité etc. Par conséquent, l'existence de telles motivations au sein d'un groupe professionnel, amène chacun à adopter une solution coopérative, fondée sur le respect et la réciprocité des normes et des valeurs non marchandes, ainsi que sur un caractère collectif de la relation. Tout cela, fait d'une convention, le cadre d'une solution coopérative³.

Par conséquent, la convention de qualité repose sur le caractère réciproque et collectif de la relation de travail et l'effort individuel est basé partiellement sur l'effort du groupe, dont la cohésion est assurée par la norme. Cependant, s'il existe des membres de ce groupe qui n'ont pas pu atteindre la norme, ça sera tout le groupe qui sera mis en échec.

Toutefois, R.Salais⁴ en 1989, dans ses travaux sur les conventions de productivités et les conventions de chômage, s'était accentué sur la procédure de l'apprentissage, qui permet de répondre à la rationalité limitée des agents⁵, ce qui donne naissance à des conventions qui permettent une économie de savoir et une économie de calcul en écartant les négociations préalables entre employés et employeurs. Par conséquent, les conventions de productivité établissent un compromis entre coopération et conflit et assure la réciprocité⁶.

¹ : Thévonot.L, équilibre et rationalité dans un univers complexe, In revue économique, vol 40, N° 2 1989, p 247-297

² : Leibenstein.H, "the prisoners dilemma in the invisible hand; an analyses of intra firm productivity" 1982, et "inside the firm: the efficacy of hierarchy", 1987, IN, Bejean.S, op cit, p274.

³ : On pourra comprendre par là, que la motivation remplace l'incitation qui a une forte connotation financière.

⁴ : Voir Salais.R, l'analyse économique des conventions de travail, In revue économique, vol40 n°2 1989, p199.

⁵ : C'est-à-dire que les habitudes et les routines permettent l'émergence de conventions, qui deviennent le cadre de la coordination.

⁶ : L'employé fournit des efforts afin d'atteindre certain résultat défini par la norme, et en contre partie, l'employeur offre une certaine garantie de salaire.

Dans le cas de la relation sanitaire, la tutelle a besoin du médecin, comme ce dernier à besoin de la tutelle. Il y a donc, un don réciproque (juste rétribution contre éthique de désintéressement) qui favorise une solution coopérative entre les médecins et les pouvoirs publics. Par conséquent, cette convention qui a la particularité de juxtaposer don réciproque et rationalité procédurale, explique le comportement éthique du médecin, tout comme l'apprentissage de sa pratique, ainsi que son appartenance à un groupe professionnel et l'identité collective dont il empreint.

Les conventions d'activité évitent que les pouvoirs publics doutent de l'effort des médecins et de rechercher l'information. Elle assure la stabilité de la relation entre ces deux parties, en évitant le risque moral et en instaurant un climat de confiance.

B : La convention d'activité et ses caractéristiques : Dans l'approche conventionnelle du système de soins, la stabilité de la relation entre le médecin et les pouvoirs publics est liée au caractère collectif de cette même relation, mais aussi à la cohésion de ce groupe.

B1 : L'identité collective : la première caractéristique de l'approche conventionnelle, consiste dans l'aspect collectif de la relation qui lie le médecin et les pouvoirs publics. Dans ce cas, il s'agit plus d'une relation intergroupe, que d'une relation interindividuelle. C'est-à-dire que, c'est la profession médicale plutôt que le médecin en tant qu'individu qui est en relation avec les pouvoirs publics, qui à leur tour agissent au nom de la collectivité. C'est donc une relation entre deux collectivités, qui s'obligent mutuellement des échanges et des contacts. Toutefois, le médecin peut être en relation individuelle, avec les pouvoirs publics, mais à condition que ça soit en fonction d'une identité collective, qui signifie son appartenance à une profession.

B2 : La cohésion de la profession : C'est la seconde caractéristique de l'approche conventionnelle, qui est assurée par le respect de la convention. En effet, la convention d'activité définit la norme du métier, à savoir la culture collective de la profession médicale, mais aussi les règles, dont le principal est l'éthique professionnelle qui apparaît comme un objet collectif et le respect de cette convention permet d'assurer ce qu'on appelle la cohésion du groupe. Car le sentiment d'appartenance à un groupe, permet de construire la culture collective ainsi que le savoir collectif, qui sera par la suite acquis par les nouveaux médecins à travers l'apprentissage.

On peut alors conclure, que le respect de la norme dans une approche conventionnelle est avantageux par l'individu dont les intérêts seront défendus par le groupe professionnel au quel il appartient. Par conséquent, la stabilité du système, notamment celle de la relation des pouvoirs publics avec la profession médicale est assurée par l'éthique professionnelle, dont l'interface est la juste rétribution de la profession.

4-2-2 : Les conventions de qualité

On passe de l'étude d'une relation intergroupe entre le monde professionnel et les pouvoirs publics dans une convention d'activité, à une relation interindividuelle entre le médecin et le patient dans le cas de la convention de qualité. Cette approche conventionnelle de qualité permet d'analyser les relations entre le médecin et le patient afin d'assurer à ce dernier qu'un bon niveau d'effort est réellement accomplie par le médecin. Par conséquent, « les conventions de qualité indiquent la qualité des produits par un échange automatique et à distance »¹.

L'approche contractuelle de la relation sanitaire est caractérisée par l'existence d'une asymétrie d'information entre le médecin et le patient, relative à la qualité des services médicaux, alors que l'évaluation de la qualité de l'intervention du médecin conditionne l'efficacité de la relation entre le médecin et le patient. En effet, selon le modèle standard de l'équilibre général, la qualité des produits est donnée par le prix, alors que cette évaluation est insuffisante en contexte d'incertitude, puisqu'elle porte sur la qualité des produit qui n'est pas connu à l'avance par l'acheteur, et un phénomène de sélection adverse apparaît.

L'approche contractuelle de la qualité dans l'analyse de l'activité sanitaire reste restreinte, car même si le patient ne soit pas doté de mécanismes incitatifs, le phénomène de sélection adverse ne semblerai pas correspondre au fonctionnement réel du marché des soins médicaux².

A : Qualité technique et convention : « Une convention de qualité médiatisée par les pouvoirs publics pourrait réduire l'incertitude quant à la qualité technique »³. En effet, « l'investissement de forme définit la capacité des individus à entrer en équivalence »⁴. Cet investissement est basé sur l'établissement d'une relation stable pour une certaine durée et fournit une mesure générale de la qualité.

Par conséquent, cette forme industrielle dans le système de la santé, fournit au patient l'information nécessaire correspondant au type de prestation fourni par rapport à son évaluation financière, aux compétences du médecin, mais correspondant aussi aux normes de commercialisation des produits pharmaceutiques. L'Etat apporte donc sa caution à ces normes de qualité qui constituent des repères précieux conventionnels pour le patient.

¹ : Batifoulier.P, le rôle des conventions dans le système de santé, IN revue science sociale et santé, vol 10, n°1, mars 1992, p5-44.

² : Par exemple : si le patient n'est pas en mesure de différencier entre un bon et un mauvais médecin, les services de l'un et de l'autre se factureraient au même prix, ce qui inciterai le bon médecin à diminuer de la qualité de ses services, ce qui n'est pas le cas, puisque les différentiels des prix sont liés à la seule solvabilité de la clientèle. (Bejean. S op cit, p 279)

³ : Castiel.D, op cit, p 69.

⁴ : Bejean.S, op cit, p 280.

Ainsi, la convention de qualité « médiatisée » permet la réduction de l'incertitude à laquelle le patient pourra être confronté et par conséquent, la minimisation de la recherche de l'information.

Par l'élaboration de la convention de qualité, il n'est plus nécessaire de négocier sur la qualité. Le gain de temps est une conséquence directe de cette convention. Par conséquent, elle permet le gain d'information et de ressources, d'où l'échange qui devient automatique, tout en garantissant une prestation de qualité et en autorisant une efficacité maximal dans le cadre de la relation médecin-patient.

B : la relation medecin-patient : La définition de la qualité générale des objets de santé est une condition nécessaire mais pas suffisante à l'efficacité de la relation medecin-patient. La qualité particulière, par exemple des services offerts par un médecin doit aussi être défini afin de réaliser une relation efficace entre le praticien et le malade.

S'il on étudie la façon avec laquelle une relation s'établit entre le médecin et son patient, on se basera en premier lieu sur la nécessité de la recherche de l'information, notamment au sujet de la qualité des services fournis par le médecin. En effet, s'il on suppose que le patient est une personne étrangère à la localité dans la quelle il souhaite consulter un médecin, il n'aura que les formes industrielles comme ressources disponibles afin de juger de la qualité du médecin. Or, si ce même patient décide de se faire soigner dans une localité où il est lui-même habitant ou consommateur, dans ce cas, en plus des formes industrielles, il aura la possibilité d'utiliser ses connaissances personnelles de confiance, afin de mobiliser les informations nécessaires (habitude, réputation, etc.), qui lui permettra de juger de la bonne ou mauvaise qualité du médecin. Néanmoins, la transmission de cette information se fait le plus souvent, de façon désintéressée, et la confiance apparaît comme une forme d'organisation sociale.

Cependant, on pourra dire que le médecin pourra participer à l'échange de l'information à son sujet d'une seule façon, qui est celle de produire des services de qualités, ce qui pourra lui permettre de conserver sa clientèle, ou même d'avoir une clientèle potentielle.

Par ailleurs, la relation entre le médecin et le patient (en particulier en médecine libérale), repose sur le climat de confiance qui s'instaure et qui procède d'un comportement spontané. En effet, l'émergence spontanée d'un climat de confiance affirme que cette même confiance résulte d'un comportement inintentionnel, et d'un processus d'apprentissage¹. Cette confiance constitue

¹ : Cette relation de confiance a put exister grâce au facteur temps, qui explique la fidélité du patient à son médecin, à l'espace qui est expliqué par une relation de voisinage, mais aussi par l'autorité du médecin, qui est fonction de son savoir, de sa réputation et aussi de l'estime que les patients lui portent.

alors une convention : elle est au même temps le résultat et la conséquence de l'équilibre de la relation et assure la stabilité dans le temps.

La confiance devient ainsi un objet collectif conventionnel. Il s'agit là encore d'un don avec attente réciproque. La confiance accordée par la clientèle garantit au médecin la fidélité de cette même clientèle, mais, il est attendu en contrepartie, le respect d'une éthique de désintéressement qui dépend de la justesse de la rémunération du médecin, qui doit être assuré par les pouvoirs publics. Par conséquent, on comprend que tous les acteurs ont significativement intérêt à coopérer au travers de l'expression des règles-conventions.

4-3 : Les limites prédictives de l'approche conventionnelle

L'analyse du système de soins interne de conventions, amène à définir des formes différentes de régulation à savoir la forme marchande de la relation sanitaire, la forme industrielle et la forme domestique.

En effet, en matière de définition de la régulation d'activité sanitaire, la logique du don réciproque qui est étrangère à la logique marchande, assure la stabilité de la relation médecin-tutelle, et en matière de qualité, cette forme marchande, ne peut exister que si l'exigence de la qualité est réduite, tandis que, la forme industrielle apparaît comme une condition nécessaire à l'établissement d'une relation entre le médecin et le patient, tout comme la forme domestique, qui accorde la primauté au jugement, à l'apprentissage et à la confiance.

Cependant, certes comme on l'a souligné précédemment, l'approche conventionnelle a le mérite d'un plus grand réalisme pour les hypothèses qu'elle mobilise¹, mais, il ne faut pas omettre que l'approche contractuelle permet aussi d'opérationnaliser la relation médecin-malade sans trop s'éloigner de la réalité »².

En effet, quand un patient formule une demande initiale adressée au médecin, cette demande est considérée comme une délégation de pouvoir par le patient au médecin, pour diagnostiquer son état de santé et lui proposer un traitement. Le médecin quant à lui exprimera une demande diagnostiquée, en fonction de ses propres intérêts, ainsi que d'une éthique professionnelle dont le respect lui fournit une utilité positive.

Par ailleurs, l'intégration de l'éthique dans sa fonction d'utilité correspond de la part du médecin à des motivations individualistes et égoïstes, qui consistent dans la fidélisation de la clientèle qui en résulte et qui assure une coopération garantissant au médecin un revenu futur. Par conséquent, les propositions de traitement par le médecin sont confrontées au contrôle

¹ : À savoir incertitude sanitaire non probabilisable, logique du don réciproque, coopération éloignée du monde du marché, rationalité des acteurs, etc.

² : Batifoulier.P, incitation et conventions dans l'allocation des ressources, In Bejean.S, op cit, p 290.

qu'exerce le patient, qui a acquis une information sur la structure de l'offre médicale et sur le médecin en particulier, ce qui lui permet d'exercer sur le médecin une forme de contrôle. Il résulte de cette confrontation de l'effort du médecin et du contrôle du patient : une demande transformée, qui aboutie à une consommation de soins.

Néanmoins ; quelque soit la motivation du médecin : éthique de désintéressement ou volante de fidéliser sa clientèle, le résultat restera le même, et une forme de coopération se réalisera entre les deux groupes.

On pourra donc conclure que malgré l'importance du réalisme induit par l'économie des conventions, ce dernier est parfois établi au prix d'une capacité productive réduite. Ainsi, l'analyse du système de soins par l'application de la théorie des contrats, n'est pas remise en cause par l'analyse faite par l'approche conventionnelle, cependant, elle peut être complétée par cette dernière. « L'économie des conventions fournit alors une présentation plus cohérente de la réalité, mais la confrontation avec les faits, et la question de la maîtrise des dépenses sanitaires reste un problème posé ».

Conclusion au chapitre I

En économie de la santé, l'observation historique et sociologique des normes qui régissent le système montre que celles-ci diffèrent dans le temps et dans l'espace, et que la conception de l'éthique médicale évolue en fonction du progrès technique et des conditions socioéconomiques. Par conséquent, il est important de souligner le caractère irréversible qui marque l'utilité des normes, ce qui conduit à s'éloigner de l'approche économique néoclassique fondée sur l'individualisme méthodologique.

En effet, on a essayé dans ce premier chapitre de passer en revue les plus importantes approches théoriques de l'économie de la santé depuis l'approche néoclassique jusqu'à l'économie des conventions, ce qui nous a permis d'expliquer l'évolution des idées des différents auteurs de différentes théories, qui ont été conduites par les limites que chaque théorie a fait ressortir, jusqu'à l'arrivée de l'économie des conventions, qui offre une présentation plus juste de la réalité, sauf qu'elle reste toujours un programme non achevé.

Par ailleurs, on a bien constaté dans ce chapitre, que la théorie de la croissance endogène n'est qu'un allongement de la théorie néoclassique, mais, qui a elle aussi des limites qui ont conduit à d'autres théories à savoir la théorie contractuelle et l'approche conventionnaliste. Ces deux dernières approches dont on a souligné et étudié les apports à l'analyse du système de santé procèdent toutes les deux d'une forme d'individualisme méthodologique.

C'est-à-dire que l'approche contractuelle privilégie une démarche instrumentaliste, qui implique qu'une théorie ne doit pas être jugée en fonction du réalisme de ses hypothèses, mais en fonction de ses implications, alors que l'approche conventionnelle privilégie une démarche centrée sur la proximité de l'observateur et de l'observé, qui s'éloigne tout autant d'un instrumentalisme radical, selon lequel la réalité n'a pas d'existence, qu'à travers l'instrument qui sert à l'appréhender.

Néanmoins, l'économie des conventions ne remet pas en cause globalement ; l'économie du marché, ni la coordination contractuelle des décisions individuelles, mais postule que leur efficacité est conditionnée par plusieurs principes dont elle a mis l'accent. Autrement dit, si l'on croit l'approche contractuelle, il conviendra de retourner à des mécanismes concurrentiels entre les agents producteurs des services médicaux, ou entre les agents gestionnaires des hôpitaux. En médecine ambulatoire, la mise en œuvre d'un secteur à honoraires libres, qui restaure le fonctionnement du marché et casse avec la logique du contrôle tutélaire de la tarification, remet en cause l'aspect désintéressé de la politique médicale, tout autant que le caractère tutélaire des soins, ce qui remet en cause la légitimité de l'intervention de l'Etat.

Or, l'approche conventionnaliste souligne que la stabilité du système de soins repose précisément sur la légitimité de l'intervention tutélaire, qui permet de maintenir les règles supérieures de l'éthique de désintéressement et du caractère tutélaire de soins médicaux, mais elle ne s'interroge pas sur la genèse de ces règles, ni comment elles sont établies. Ce qui nous amène à la nécessité de l'étude du rôle de l'Etat dans la gestion du service public de la santé, ainsi que l'origine d'élaboration de ses règles. Mais pour cela, il faudra d'abord étudier les différentes caractéristiques de ce service public de la santé, avant de prendre le cas de l'Algérie pour passer en revue l'historique du système national de santé afin de bien comprendre comment l'Etat algérien est arrivé à mettre en place des règles et des réformes pour une meilleure gestion, et pourquoi il a ressenti une nécessité de la délégation de la gestion du système de soins. Enfin, on étudiera le rôle des collectivités locales dans la maîtrise des coûts et des dépenses sanitaires.

Introduction au chapitre II

Depuis une quarantaine d'années, les travaux consacrés à l'économie de la santé ne cessent de se multiplier dans quasiment tous les pays du monde. Cela s'explique par l'inquiétude grandissante que suscite auprès des pouvoirs publics un secteur dont les dépenses croissent à un rythme supérieur à celui du produit intérieur brut. Ce phénomène conduit à la recherche des causes qui l'expliqueraient dont « l'interaction <offre -demande> qui joue un rôle très important.

Par ailleurs, à quelques décalages des pays développés, l'Algérie se pose le problème du coût de la santé et de son évolution relativement croissante par rapport au PIB. Cette prise de conscience nécessite des interrogations et des réflexions, visant à clarifier les mécanismes de fonctionnement de notre système de soins ainsi que ses modes d'organisation et de fonctionnement.

En effet, « une interrogation sur les coûts n'a pas de sens, qu'en liaison avec l'efficacité du système »¹. C'est dans ce cadre que s'insère l'objectif de ce second chapitre qui sera consacré à faire une étude des lieux du système de santé en Algérie depuis l'indépendance à nos jours, afin de présenter l'évolution de son organisation, son fonctionnement et son financement ainsi que les effets de ce système sur la croissance des coûts des soins et les outils choisis pour les maîtriser.

Néanmoins, « l'orientation politique donnée à l'économie algérienne dès son indépendance n'a pas manqué d'imprégner toute sa stratégie sociale »². En effet, trois grandes dates permettent de décrire l'évolution du système de soins en Algérie.

Cependant, afin de pouvoir étudier le système de soin algérien, il est nécessaire de présenter et d'étudier dans un premier temps la légitimité de l'action publique locale en santé, afin de pouvoir comprendre comment on est arrivé à un besoin d'une gestion locale du service public de la santé. Puis on étudiera les trois étapes de l'évolution du système de santé en Algérie, en présentant un diagnostic général de l'état démographique, socioéconomique mais aussi sanitaire du pays durant les trois phases de l'évolution, et en essayant de voir l'évolution de l'organisation, du fonctionnement et du financement du système de soin algérien ainsi que son impact sur la croissance des dépenses sanitaires et des coûts de soins. Enfin, en troisième section, on verra le rôle des collectivités locales dans la gestion du service public de la santé en Algérie, ainsi que dans la croissance des dépenses sanitaires et des coûts de soins.

¹ : Oufriha F.Z, Essai sur le système de soin en Algérie, In les cahiers du CREAD, n° 13, 1^{ère} trimestre, 1988.

² : Kaddar M, financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie, In revue du CREAD, 1988, p41-57.

Section 1 : légitimité de l'action publique locale et service public de la santé

Un service public est une activité considérée comme étant d'intérêt général. Cependant, cette notion ne permet pas de donner une définition parfaite et objective du service public. En réalité, est service public ce que la puissance publique définit comme tel, dans le but, soit de lui appliquer des règles spécifiques, soit de l'intégrer directement dans le secteur public. De ce fait, les activités d'un service public sont soumises à un régime juridique spécifique, qui donne le choix à une collectivité publique (Etat, collectivité territoriale) entre assumer directement ce service public ou déléguer sa gestion à un organisme relevant du droit privé, d'où l'intérêt de l'explication de service public local.

En effet, les services publics locaux concernent une large part de la vie quotidienne, comme par exemple, l'éducation, l'eau, la santé, l'éclairage public, qui représentent des services à usage quotidien pour chacun. Néanmoins, les usagers n'ont pas essentiellement connaissance du caractère local des services qu'ils utilisent et il leur importe peu de connaître la responsabilité juridique de ces services en question.

De ce fait, le champ des services publics locaux nécessite d'être précisé, ce qui nous amène à la détermination et à l'étude des biens collectifs et de leur typologie, avant de passer aux biens collectifs locaux et à leurs caractéristiques. Pour ce, il est nécessaire d'étudier le rôle de l'Etat dans la gestion de ces services publics, puis la nécessité de l'intervention des collectivités locales dans cette gestion.

1-1: Des biens publics purs aux biens publics locaux**1-1-1: Les biens collectifs****A)- Définition**

Un bien collectif peut être défini comme « un bien consommé simultanément par plusieurs personnes, sans que la quantité consommée par l'une ne diminue la quantité disponible pour les autres. »¹, et dont on ne peut exclure un consommateur moyennant le paiement d'un prix. En d'autres termes, la non rivalité et la non exclusion constituent les principales caractéristiques des biens collectifs.

En effet, l'indivisibilité et la non rivalité des biens collectifs signifient qu'une quantité donnée de ce bien pourra être utilisée simultanément par plusieurs personnes sans avoir à diminuer la consommation d'une autre personne. Cependant, cette caractéristique d'indivisibilité n'exclue pas l'allocation privée de ce bien, comme par exemple les spectacles collectifs privés, ou même les musées, d'où l'autre caractéristique du bien collectif, qui est la non exclusion qui remet en cause l'équilibre nécessaire aux producteurs privés, puisque ces derniers ne recueilleront plus

¹ : Greffe.X, économie des politiques publiques, édition Dalloz, Paris, 1997, 565pages.

de recettes et seront en situation de perte s'ils n'excluent pas le consommateur moyennant le paiement du prix. Or, dans le cas d'un bien collectif, il est impossible d'envisager l'exclusion de certains services, comme le cas de la défense nationale, de la justice et de la sécurité, alors que certains d'autres services telles que la santé et l'éducation, peuvent faire techniquement l'objet d'exclusion qui ne doit pas avoir lieu pour des raisons d'équité et de justice sociale.

B) : typologie des biens collectifs

Tableau n° 1 : Matrice des biens

		Consommation	
		Rivale	Non rivale
Exclusion par les prix	Possible	-Bien marchand Ex : voiture, logement, etc.	-Bien mixte Ex : théâtre, tunnel, autoroute à péage, TV codée, etc. En général jusqu'à une limite de capacité.
	Impossible	-Bien mixte Espace urbain, air propre, etc.	-Bien collectif pur Ex : défense nationale, lutte contre l'inflation, la législation, etc.

Source: Dafflon B. (cours), introduction aux finances publiques, chapitre1, p.3, voir le site : www.unifr.ch

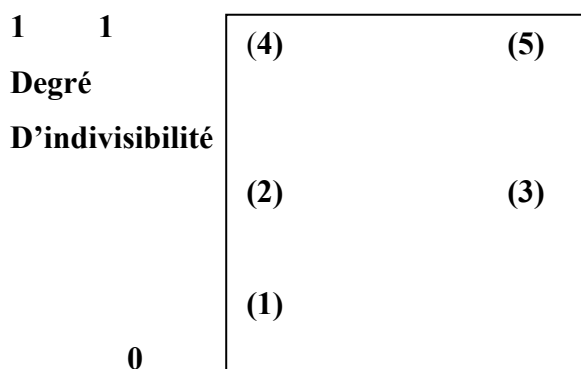
D'après ce tableau, on peut identifier quatre catégories de biens et services selon que la consommation est rivale ou non rivale et que l'exclusion est possible ou non possible. Ces quatre catégories sont les suivantes :

- Les biens et services collectifs purs qui présentent des particularités de la non rivalité et de l'impossibilité d'exclusion ;
- Les biens et services privés qui réunissent les deux caractéristiques de rivalité et de possibilité d'exclusion ;
- Les biens collectifs mixtes caractérisés par la non rivalité et la possibilité d'exclusion ;
- Les biens collectifs mixtes caractérisés par l'impossibilité d'exclusion et l'existence de rivalité. Ils représentent des biens produits avec concurrence en matière de qualité, mais qui n'excluent aucun consommateur.

Partant de là, on comprend que les biens mixtes sont alors dépendants du nombre d'utilisateurs. En effet, on parle de biens mixtes quand l'accès à la consommation du bien par les citoyens est limité, soit par l'existence des possibilités d'exclusion par des prix, soit par la rivalité de consommation.

Une autre manière d'identifier les biens mixtes nous est donnée par Buchanan¹ en liant le degré d'indivisibilité au nombre de personnes concernées par l'existence de ces biens indivisibles :

Schéma n° 2 : les biens mixtes « Classification de Buchanan (1968) »



**Taille relative des
Groupes concernés**

Source : Dafflon.B, (cours), introduction aux finances publiques, chapitre1, p.4, disponible sur www.unifr.ch

Selon ce schéma, les situations (1) et (5) représentent deux situations extrêmes et opposées. La première représente des biens marchands purs totalement divisibles². La seconde (situation (5)) correspond aux biens collectifs purs totalement indivisibles³. Cependant, Les situations (2), (3) et (4) sont intermédiaires. La situation (2) correspond aux biens partiellement indivisibles pour des petits groupes. La situation (3) représente des biens partiellement divisibles pour de très larges groupes de citoyens comme par exemple la vaccination. Néanmoins, La situation (4) correspond à des biens fortement indivisibles mais qui concernent un groupe de consommateurs très limité, par exemple la qualité de l'air dans un espace non fumeur.

L'importance de cette classification est dans le fait qu'elle permet de moduler l'intervention publique d'allocation selon le type de bien considéré. Les biens publics qui ont une assise géographique sont des biens mixtes qui nécessitent un mode décentralisé de prise de décision.

Par ailleurs, Ces biens publics mixtes présentent la particularité d'avoir une portée spatiale bien déterminée et de ne voir par conséquent les attributs suscités satisfaits que dans un espace

¹ : Voir Buchanan J., the demand and supply of publics goods, Chicago, Rand Macnally (1968).

² : Pour ce type de biens, seul un individu pris isolément est concerné par sa consommation.

³: Ce type de biens concerne un très larges groupes de citoyens (par exemple : dépollution de l'eau ou de l'air.).

géographique circonscrit. En effet, ce type de bien « peut concerner les individus en fonction de leur localisation par rapport à l'endroit où ils sont disponibles »¹. On parle alors de « biens publics locaux », mais avant d'étudier ces biens locaux, il est nécessaire de connaître d'abord les caractéristiques des biens publics purs.

C) : Caractéristiques des biens publics purs

La définition des biens collectifs purs en tant qu'une « consommation égale pour tous les individus d'un groupe convenablement défini »², fait ressortir les différentes caractéristiques de ce bien qui sont en nombre de trois : « l'indivisibilité, l'impossibilité d'exclusion et la production jointe à utilisation multiple »³.

- **L'indivisibilité** : Un bien peut être consommé simultanément par plusieurs personnes sans que la quantité consommée par l'une diminue les quantités disponibles pour les autres. En effet, l'indivisibilité de l'offre laisse entendre que tous les individus consomment en commun la totalité de la quantité disponible du bien collectif offert (la défense nationale, phare côtier).

- **L'impossibilité d'exclusion** : cela signifie qu'un bien collectif une fois offert devient accessible pour chacun et en totalité. C'est-à-dire qu'il serait impossible d'exclure de l'usage un utilisateur, même s'il ne contribue pas au financement du bien. (L'éclairage public par exemple).

- **La production jointe à utilisation multiple** : cela veut dire qu'un bien une fois produit, il devient disponible à un coût marginal nul pour tout nouvel usager potentiel.

Cependant, il est rare que les biens collectifs vérifient ces trois caractéristiques. En effet, seuls les biens collectifs purs ont en commun ces trois attributs⁴. Néanmoins, Quand l'une de ces trois caractéristiques n'est pas vérifiée par un bien collectif, ce dernier est appelé le bien collectif mixte.

Par ailleurs, les caractéristiques des biens collectifs ont été critiquées d'une part par Margolis 1955⁵ qui a critiqué le postulat d'indivisibilité tout en prétendant que les biens collectifs ne sont pas tous indivisibles en donnant l'exemple de l'éducation, la santé, les routes, à propos desquels il existe des limites de capacité et des phénomènes de congestion. Selon cet auteur, les seuls biens qui correspondent à la définition de Samuelson sont la défense nationale et les phares côtiers. D'autre part R.Dorfman 1968⁶ a lui aussi critiqué l'attribut d'impossibilité

¹ : Wolfelsperger.A, les biens collectifs : fondement théorique de l'économie publique, PUF, Paris 1975,198pages.

² : Terny.Guy, économie des services collectifs et de la dépense publique, édition DUNOD, Paris 1971, 402pages.

³ : P.H.Derycke et G.Gilbert, Economie publique locale, Economica, 1998, p7

⁴ : Dans ce cas, on peut donner l'exemple de : la défense nationale, la justice, l'éclairage public, les phares côtiers.

⁵ :J. Margolis, a comment of the pure theory of public expenditure, the review of economics and statistics, in P.H.Derycke et G.Gilbert,op.cité, p8

⁶ : R.Dorfman, generation equilibrium with public goods, communication au colloque d'économie publique de Biarritz, éd.CNRS, 1968, pp.49-80, cité par PH.Derycke et G.Gilbert, op. Cité, p8

d'exclusion en expliquant qu'il existe bien des services collectifs dont la jouissance présuppose un acte explicite et volontaire du consommateur¹.

1-1-2: Les biens publics locaux ou de proximité²

A)- Définition : comme précité, les biens collectifs se caractérisent par leur indivisibilité, leur impossibilité d'exclusion et par leur production jointe. Cependant, parmi tous les biens collectifs seuls les biens collectifs purs ont à la fois ces trois caractéristiques, comme par exemple le service de la défense nationale, l'éclairage public, les phares côtiers, la justice, etc.

Néanmoins, quant il y a atteinte de l'une de ces caractéristiques, on parle alors de biens collectifs divisibles, flous, impurs, ou même mixtes. La majorité des biens publics qui sont dits divisibles ou mixtes sont souvent des biens publics locaux.

En effet, les biens publics locaux sont définis comme des biens collectifs plus ou moins divisibles, à effet géographique limité et à effet de débordement, de congestion et d'encombrement :

- **Les biens publics locaux à effet géographique limité et à effet de débordement :** On prend dans ce cas l'exemple d'une commune-centre d'une agglomération qui construit un équipement municipal : piscine, crèche, stade, dont profiteront en partie les habitants des communes de la banlieue, sans que ces derniers n'offrent symétriquement un bien ou un service en contrepartie aux habitants du centre. Dans ce cas il y a effet de débordement non réciproque (bénéfits spillover), mais il peut y avoir un effet de débordement réciproque mais non symétrique, dans le cas où les habitants de la périphérie profitent plus des services offerts au centre que les habitants de ce dernier n'en profitent des services de la périphérie.
- **Les biens publics locaux à effet de congestion et d'encombrement :** c'est le cas par exemple des transports, des équipements culturels, sportifs et de loisirs aussi comme les bibliothèques, les musées, les piscines, les jardins publics, et même des parcs d'attraction. En effet, la qualité de ces services varie au sens inverse de la quantité desservie. C'est donc l'imparfaite divisibilité de ces services qui explique l'apparition de ces effets de congestion et d'encombrement.

¹ : Par exemple : Il faut se rendre à la plage pour nager ou à la montagne pour skier. Ou encore la recherche scientifique et la culture supposent des connaissances suffisantes et une certaine acculturation. Il existe donc des exclusions de fait et même de droit.

² : D'où la nouvelle organisation des centres publics de soins en centres de proximité.

B)- Caractéristiques des biens publics locaux

Les biens publics locaux sont des biens collectifs rarement purs, à des effets externes multiples qui représentent les variations d'utilité d'un agent engendrées par les actions d'un autre agent sans donner lieu à des mouvements de compensation sur le marché. Dans certains cas ces variations sont positives, dans d'autres cas, elles sont négatives. A titre d'exemple, dans une implantation d'un édifice public (jardin public) au niveau d'un territoire communal, les résidents du territoire voisin peuvent en profiter de l'usage de ce bien et s'en servir sans payer le prix, d'où la perte d'utilité pour la commune émettrice de ce bien collectif. Inversement, la pollution de l'atmosphère à partir des rejets des agents économiques situés dans un espace délimité, nuira à tous les agents situés au territoire mitoyen. C'est pour cela qu'il convient d'évoquer l'effet externe négatif qui, comme celui de nature positive conduit aux pertes du bien-être.

B1)- Les biens publics locaux sont rarement des biens collectifs purs

Les biens publics locaux réunissent rarement les caractéristiques d'un bien collectif pur, à savoir l'indivisibilité, la non exclusion et la production jointe. Néanmoins, s'il on prend l'exemple de l'épuration de l'eau, on trouve que ce service constitue un bien indivisible, sans aucune exclusion, avec une production jointe à utilisateurs multiples, puisque chacun profite de l'absence d'eau polluée. Tout cela fait de ce service un bien collectif pur. C'est aussi le cas de l'éclairage publics qui, malgré son offre fractionnable selon le quartier, il constitue un bien indivisible avec impossibilité d'exclure un usager quelconque, même s'il est étranger au quartier et qu'il est juste de passage, mais il en profite de cet éclairage sans avoir à payer quoi que ce soit. Cependant, cela n'est pas le cas de tous les biens publics locaux, aux quels manque souvent l'une des caractéristiques des biens collectifs purs, ce qui fait d'eux des biens mixtes. Dans ce cas on peut donner l'exemple des services municipaux qui se caractérisent par des impossibilités d'exclusion, mais pas par des obligations d'usages (état civil, l'information en mairie). Ainsi, la grande masse des biens publics locaux dans les budgets locaux correspond à des services municipaux plus ou moins divisibles, soumis à des effets d'encombrement, à des externalités et à des conditions d'accès¹.

B2)- : Les externalités des biens publics locaux : « les effets externes sont les variations d'un agent, engendrées par les actions d'un autre agent, sans donner lieu à des mouvements de compensation sur le marché »¹. Autrement dit, les effets externes ou « externalités » traduisent une liaison physique directe entre agents qui ne passe ni par le marché, ni par les prix. Les effets externes peuvent être positifs ou négatifs, et peuvent concerner l'affectation des ressources ou la consommation.

¹ : C'est le cas par exemple des écoles, des piscines, des équipements socioculturels et sportifs.

Les effets externes négatifs de production ou de consommation proviennent généralement des pollutions physiques, des nuisances, des atteintes de toutes sorte de l'environnement, comme par exemple le cas des bruits des voisins, etc. alors qu'en ce qui concerne les effets externes positifs, on peut citer l'exemple le plus courant, qui est celui d'un apiculteur qui se trouve à la proximité d'un horticulteur et où le rendement des deux activités s'accroît, puisque les abeilles augmentent la production du miel en butinant les fleurs du verger, et par conséquent, une meilleur fécondation de ces dernières accroît la production des fruits(c'est un exemple d'externalité positive de production).

Toutefois, les externalités dues aux biens publics locaux sont de deux ordres principaux, à savoir les effets de débordement et les effets de congestion. En effet, les biens publics locaux offerts dans une collectivité profitent aux habitants d'une autre collectivité voisine sans que ses derniers en contribuent à leur financement, ce qui constitue un effet de débordement. Ajoutant à cela, l'effet d'encombrement ou de congestion observable sur une gamme étendue de services collectifs gratuits ou quasi-gratuit comme les voiries, les écoles, ou les hôpitaux.

Cependant, l'existence de ces externalités de débordement et d'encombrement des biens publics locaux influence négativement sur leur mode de financement.

En effet, le fait que « l'offre des biens publics locaux est source d'externalités, il faut adapter la structure de financement à cette situation »². Dans le cas où les biens publics locaux seraient en majorité des biens publics purs, il y'aura aucun inconvénient à les financer par un ;mimpôt national. Cependant, le fait que les biens en question sont souvent des biens mixtes plus ou moins divisibles, produisant des externalités limités dans l'espace, la solution d'un impôt territorial est très majoritairement retenue dans la plus part des pays développés³.

1-2) : De l'Etat central aux collectivités territoriales décentralisées

La difficulté d'une analyse du secteur public local constitue dans le fait que ce dernier n'est jamais totalement autonome par rapport à l'Etat. En effet, même dans les Etats unitaires les plus fortement décentralisés, ou même dans les Etats fédérales, il existe toujours des liens de subordination étroits entre le local et le central, et ce pour des raisons d'efficacité et d'équité.

1-2-1) : Les principes de l'intervention publique

A)- L'intervention publique pour l'efficacité : l'une des plus importantes lacunes que présente le marché dans son fonctionnement consiste dans l'impossible prise en charge de la fourniture des biens collectifs. En fait, ce type de biens n'est pris en charge que dans le cadre d'une

¹ : Greffe.X, op cit, p141.

² : Derycke.P.H et Gilbert.G, op cit, p 86.

³ : Notant dans ce cas, que les pays en voie de développement se caractérisent par un système fiscal local quasiment inexistant ou très faible.

intervention publique. Pour ce faire, les autorités publiques doivent respecter le principe d'efficacité.

Le lexique économique définit l'efficacité comme « l'acte de réaliser un objectif »¹. Elle est un critère qui concerne la fonction allocative de l'action publique. Elle « repose sur la capacité d'obtention d'un résultat recherché par les décideurs publics.»²

Par ailleurs, la comparaison entre l'efficacité productive publique et privée montre que l'inefficacité des actions publiques est due à la difficulté d'évaluer les préférences des individus pour chaque prestation et les conséquences des externalités et des dysfonctionnements des gouvernements sur l'allocation.

En outre, la nature politique des décisions publiques fait que des considérations politiques priment dans la plupart des cas sur l'efficacité économique des actions publiques, d'où une autre notion souvent évoquée quand il s'agit des politiques publiques: l'efficacité politique. Cette dernière consiste en la maximisation de la fonction de popularité du décideur public ou de la formation politique à laquelle il appartient.

En effet, le décideur public est en quête permanente pour moduler les risques de conflits qui peuvent naître entre l'intérêt général et l'intérêt particulier lors de la confrontation des objectifs. « Cela peut conduire le décideur à proposer des programmes qui combinent à la fois l'efficacité économique et l'efficacité politique »³.

B)- L'intervention publique pour l'équité : dans le cas où le marché présente des lacunes en matière d'affectation optimale des ressources à cause de la présence des biens collectifs, le libre jeu des forces qui le constituent, en matière de distribution du revenu national entre les personnes, est loin de s'intéresser au « situations sociales » des individus. C'est un fait universel, « une répartition inégale du revenu national entre les membres de la société »⁴. C'est donc dans ce contexte que se justifie l'intervention de l'Etat, afin de corriger les disparités. Cependant, cette intervention redistributive devrait se faire en respectant le principe d'équité.

Par ailleurs, **Dupont G**⁵ cite deux références classiques pour expliquer le sens de la notion d'équité. Selon lui, l'emploi de cette notion est ancien puisque elle est déjà utilisée par le philosophe grec Aristote dans le cadre d'une réflexion sur la loi et les conditions de son application. Pour ce dernier « l'équitable est de corriger l'omission de la règle générale qui ne

¹ : Silem A. et Albertini J. M., lexique économique, 1995.

² : Renversez F. (collectif), dictionnaire encyclopédique, économie, éd., Dalloz, 1998, p.418

³ : Pendaven. C, économie des décisions publiques, Vuibert, 1994.

⁴ : Weber L., l'Etat acteur économique, Economica, Paris, 1997, p.85

⁵ : Se référer à l'ouvrage de Dupont.G., la notion d'équité, deux références classiques : Aristote et Rawls, in, politique et philosophie, Revue permanente, disponible sur le site [www. Philosophiepolitique.net](http://www.Philosophiepolitique.net), Consulté le 12-02-07.

peut prendre en compte tous les cas particuliers lors de son élaboration ». Ainsi lorsque survient un cas en dehors de la règle générale, on est en droit de corriger l'oubli en question en se faisant « l'interprète de ce qu'eût dit le législateur lui-même s'il avait été présent à ce moment »¹.

Le sens donné à la notion d'équité en économie publique est celui de Rawls dans sa théorie de la justice (1987). Selon Rawls, il s'agit d'« organiser la coopération sociale selon des principes qui tiennent compte des disparités entre les membres d'une même société»². En d'autres termes, il s'agit d'essayer d'éviter une forte concentration du revenu sur les catégories de gens aisées, bien que moins nombreuses, par des actions publiques dites redistributives.

1-2-2) : Décentralisation de la décision publique

A)- : Justification de la décentralisation : les actions publiques sont exercées dans le cadre de ce qui est connu sous le vocable de la décentralisation sous la justification de l'existence des besoins au niveau local en matière de biens publics locaux mais aussi par les inégalités interpersonnelles.

Néanmoins, la décentralisation n'est pas une notion propre et exclusive à un seul domaine. En fait, elle concerne aussi bien la politique et l'économique, que le juridique et autres. En plus, « La notion de décentralisation est souvent définie parallèlement à une autre notion qu'elle implique, la déconcentration »³. En effet, contrairement à la centralisation qui signifie que toutes les décisions et pouvoirs de décision soient entre les mains de l'autorité centrale, la décentralisation et la déconcentration sont deux techniques de gestion administrative visant la réalisation d'une « division de travail » et permettant à « d'importants pouvoirs de décision d'être exercés sur place »¹.

En outre, La déconcentration signifie une simple délégation de certaines décisions, sans grande importance, à des représentants locaux de l'Etat central, soumis à un contrôle hiérarchique, tandis que, la décentralisation renvoie à la création de collectivités indépendantes de l'Etat central, voire en opposition avec celui-ci. Dotées de personnalité morale, ces collectivités ont une gestion autonome assurée par un organe élu. Cependant, il existe dans tous les cas un contrôle, léger soit-il, exercé par l'Etat central sur les autorités décentralisées.

Par conséquent, le degré du contrôle exercé par l'Etat central sur les collectivités locales permet d'apprécier l'étendue de la décentralisation de la décision publique. Généralement, on distingue entre deux formes de décentralisation : la décentralisation territoriale et la

¹ : Moulai K., Les contraintes à l'action publique locale : approche en termes de décisions financières communales, cas des communes de la wilaya de Tizi-Ouzou, mémoire En vue de l'obtention du diplôme de Magister en Sciences Economiques Option : « Economie Publique Locale et Gestion des Collectivités Locales », université de tizi- ouzou, 07/12/ 2005, p 18.

² : Rawls J., Théorie de la justice, Paris, Seuil, 1987, cité par Dupont, op. cite.

³ : Greffe X., la décentralisation, éd, la Découverte, Paris, 1992, p37

décentralisation technique ou par service, « conséquence du développement progressif des tâches spécifiques de l'Etat ces dernières années »².

- **La décentralisation territoriale :** « c'est celle que l'on désigne lorsqu'on parle de décentralisation sans précision »³. Elle a des assises géographiques bien déterminées, et conduit à la création des collectivités territoriales. Les principes d'autonomie de gestion et d'élection sont pleinement respectés et « se concrétisent dans une véritable administration locale et non plus seulement localisée »⁴.
- **La décentralisation technique :** elle concerne les établissements publics possédant la personnalité morale. La décentralisation technique aboutit à la « création » d'une personne administrative spécialisée⁵.

B) : La décentralisation au service de l'efficacité des actions publiques locales : l'offre décentralisée d'un service public local particulier est plus efficace, à coût d'information donnée qu'une offre centralisée, car elle permet la prise en compte des disparités locales des préférences concernant les services publics locaux.

En effet, « A. Tocqueville notait en 1848 que « chez les grandes nations centralisées, le législateur est obligé de donner aux lois un caractère uniforme qui ne comporte pas la diversité des lieux et des mœurs »⁶. Cela est désormais présenté sous le nom du théorème de la décentralisation que l'on peut illustrer comme suit.

Par ailleurs, le théorème de décentralisation montre le caractère souhaitable de la décentralisation en matière de fourniture de biens publics. Afin de pouvoir expliquer le contenu de ce théorème on prend l'exemple suivant: on suppose un pays composé de deux localités A et B. Les demandes d'un bien collectif (x), sont représentées par deux individus (a) et (b) successivement pour A et B. Compte tenu de l'importance respective des localités A et B et dans le cas de la centralisation de l'offre de ce bien collectif, le gouvernement central est amené, à offrir le bien (x) à un niveau identique dans ces deux localités.

Supposons maintenant que le processus de décision majoritaire conduise à choisir, au coût De production (par tête) constant ($C=P_0$), le niveau de production (Q_e). Si la fonction de demande de (a) est D_a et celle de (b) est D_b (sur le graphique^o1), il résultera de cette situation,

¹ : Gruber A., décentralisation et institutions administratives, coll. U, 2ième éd., A. colin, 1996, p.18.

² : Seriak L., décentralisation et animation des collectivités locales, éd, ENAG, Alger, 1998, p.16.

³ : Idem, p15

⁴ : Gruber A., op. cite, p.25

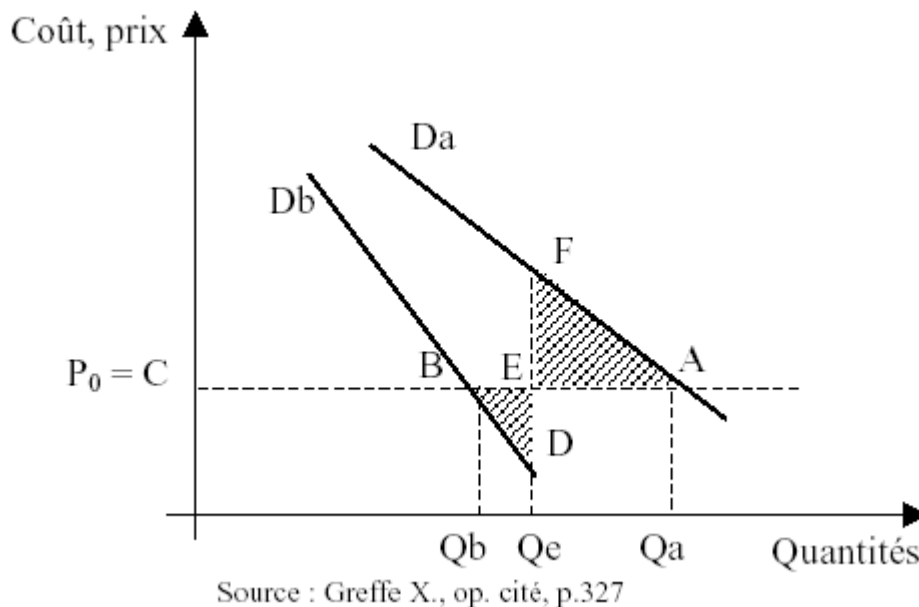
⁵ : C'est le cas par exemple des établissements spécialisés dans la formation professionnelle, l'éducation, la santé, la culture, etc.

⁶ : Deryck P.h. et Gilbert G., op cit, p 33.

des pertes de « bien-être »¹ pour les deux individus représentatifs égales : au triangle BDE pour l'individu (b), au triangle EFA pour l'individu (a).

Cependant, Pour (b), cette perte s'explique par le fait qu'il s'est vu imposé une quantité plus forte que prévue pour laquelle il payera plus cher qu'il aurait souhaité. Il payera la somme correspondante à la surface BEQbQe au lieu de BDQbQe. En d'autres termes, (b) n'aurait été prêt à consommer la quantité (Qe) que pour un prix Pb (qui passe par le point D) inférieur à Po, d'après sa fonction de demande. L'individu (a), lui, au contraire s'est vu imposé une quantité du bien en dessous de son attente. Contenu du prix annoncé (Po), il était prédisposé à payer une somme égale à la surface QeFAQa pour qu'il capte le « bien-être » correspondant à la surface du triangle EF.

Graphique n°1 : Centralisation et perte de bien-être



Par conséquent, les pertes du bien-être notées seraient d'autant plus importantes que les disparités entre les deux collectivités sont élevées et que la demande du service collectif est élastique par rapport au prix. Ainsi, on peut éviter ces pertes de bien-être si la détermination de la quantité à produire de ce bien est faite au niveau de chaque collectivité. De ce fait, (a) aurait consommé plus du bien collectif et (b) moins, conformément à leurs souhaits. On déduit donc que la décentralisation permet la maximisation du bien-être alors que la centralisation le diminue.

¹ : La perte bien-être s'explique dans ce cas comme étant un « manque à gagner », en prix ou en quantité du bien Public, pour les individus représentatifs des deux localités.

Néanmoins, ce théorème ne peut être appliqué dans les cas notamment de l'existence des effets externes. En effet, avec la présence des effets externes géographiques pour une collectivité donnée, la quantité de bien public à offrir déterminée unilatéralement ne peut être satisfaisante à cause des effets de débordement. Ces derniers rendent difficile toute estimation de la quantité du bien public à offrir.

Ajoutant à cela qu'une offre décentralisée du service public local pur est en général moins coûteuse en information qu'une offre centralisée. En effet, les pouvoirs locaux, élus par les résidents de la collectivité ont intérêt à prendre en compte les préférences locales si leur réélection est liée à la maximisation du bien être des citoyens locaux, alors que le pouvoir central peut les négliger, notamment si l'intérêt que ce dernier retire de la satisfaction de l'intérêt local est faible.

En plus, « l'incitation à gérer efficacement une collectivité publique croît avec le nombre de collectivités locales rivales et avec le champs de leurs compétences »¹. Il est vrai que dans ce cas, si les citoyens peuvent choisir le lieu de leur résidence, la menace de délocalisation peut inciter les responsables à plus d'efficacité dans leur gestion.

Faute de connaître le moyen de gérer efficacement la production de services collectifs locaux, la décentralisation de ces services en question constitue un facteur favorable à l'expérimentation de nouveaux modes de gestion et à l'adoption des procédés les plus efficaces.

Néanmoins, le fait que la santé constitue un bien public qui engendre des effets externes forts sur le reste de l'économie, laisse à s'interroger sur son mode de gestion, d'organisation et de fonctionnement. En effet beaucoup de personnes ignorent si la gestion du service public de soins est centralisée ou décentralisée, en particulier en Algérie, où on a vécu plusieurs changements depuis l'indépendance à nos jours. Pour ce, il importe de passer en revue l'évolution du système national de soins en Algérie depuis l'indépendance, afin de voir comment on est passé d'une gestion centrale à une gestion locale, et quel est le rôle des collectivités locales décentralisées dans cette gestion.

Section 2 : Evolution du système national de santé en Algérie

« L'orientation politique donnée à l'économie algérienne dès son indépendance n'a pas manqué d'imprégner toute sa stratégie sociale »². En matière de santé, trois dattes charnières permettent de décrire l'évolution du système de soins algérien, aussi bien sur le plan de l'organisation que celui du financement. C'est ce qu'on verra dans la présente section.

¹ : Derycke P.h. et Gilbert.G, op cit, p 35.

² : Kaddar M., financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie, In revue du CREAD, 1988, p41-57.

2-1 : Le système de soins Algérien après l'indépendance et durant la première phase de gratuité des soins : 1962-1984

Le système de soins algérien s'est constitué après l'indépendance sur la base d'un existant, qui au-delà d'une infrastructure, renvoie à une conception de la distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses. Cependant, de la guerre de libération nationale à l'indépendance, « d'autres principes sont affirmés et l'Etat est devenu l'organisateur direct de ses activités »¹.

2-1-1 : Diagnostic démographique et socioéconomique**A)-la population et son environnement social**

L'Algérie indépendante comptait une population de près de 10 millions d'habitants, composée en majeure partie de 50% de moins de 15ans et caractérisée par une forte croissance démographique. Le taux de mortalité a été l'un des plus élevés dans le monde, avec 48,5%. En plus, l'espérance de vie à la naissance ne dépassait pas 50ans et le taux de mortalité infantile avoisinait les 200 décès pour 1000 naissances². Néanmoins, d'après les statistiques de l'UNESCO de l'époque, 80% de cette population était analphabète. De ce fait, à partir de 1963, le quart du budget de la nation était consacré à l'éducation.

Cependant, le bouleversement subi pendant la guerre de libération (destruction de nombreux villages.) avait favorisé un exode rural massif et une urbanisation rapide.

Par ailleurs, La décennie 1974-1984 a été marquée par une augmentation de la population qui est passée de « 10,813 million en 1962 à 20,840 million en 1982 avec un taux de croissance de 2,25% »³, mais aussi par une visible amélioration du mode de vie de cette population. Ces phénomènes démographiques sont dus en grande partie à l'essor économique qu'a connu le pays sous l'effet conjugué de l'accroissement des revenus pétroliers et de l'augmentation de la parité du dollar.

Cependant, un retard pris dans le développement d'autres secteurs sociaux a été marqué durant cette phase, tel que l'habitat, l'hydraulique, l'urbanisme, ainsi que l'émergence de deux groupes de maladies transmissibles dues à la dégradation de l'hygiène générale et de l'environnement (maladies à transmissions hydriques et zoonoses à savoir l'hépatite virale, la typhoïde et le choléra.), ce qui a nécessité une prise en charge intersectorielle.

¹ : Oufriha F.Z., la difficile structure du système de santé en Algérie. Quel résultat ?, In cahier du CREAD, n°35, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre, 1993 ; p10-58.

² : Drs Ouchfoun.A et Hammouda.D, bilan des vingt huit années de politique sanitaire en Algérie, In cahier du CREAD, n°35-36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993.p59-96.

³ : Chaouche M., développement du système de santé : stratégies et perspectives, In revue le gestionnaire, n°5, EN, ENSP, 2001.

B)- la population et son environnement économique : 1962-1984

Sur le plan économique du pays durant la période 1962-1973, l'agriculture était son principal ressort. Elle faisait vivre environ 70% de la population et employait les trois quarts de la main d'œuvre. En effet, la production des céréales était insuffisante pour satisfaire les besoins de toute la population. Cependant, l'exportation des agrumes et du vin a été suffisante pour équilibrer les importations du pays. Cette situation explique le solde positif du commerce extérieur au lendemain de l'indépendance.

Toutefois, le premier plan quadriennal (1970-1973) avait pour ambition la relance de l'économie algérienne en privilégiant les investissements dans le secteur industriel. Cependant, il devait se heurter à une double contrainte à savoir l'insuffisance des moyens d'investissement d'une part et l'absence des études qui déterminent le meilleur mode de réalisation d'un projet industriel (l'ingénering national) d'autre part.

Néanmoins, le gouvernement algérien avait pris quelques mesures afin d'accélérer le processus de développement économique, parmi lesquelles on peut citer la nationalisation des hydrocarbures, qui avait pour conséquence le doublement du budget de l'Etat entre 1973 et 1974.

Au même temps, on assistait à une diminution progressive de la part versée par l'Etat aboutissant à un co-financement : Etat –sécurité sociale.

Selon les sources du ministère de la santé de l'époque, les ressources de financement des structures sanitaires étaient comme suit :

Tableau N° 02 : Les sources de financement des structures sanitaires en million DA.

Année	1974	1974 en %	1982	1982 en %
Etat	601	70,93	1874	49,38
Sécurité sociale	199	23,44	1800	47,38
Collectivités locales	47,3	5,58	//	//
Ressources propres	//	//	121	3,19

Sources : ministère de la santé publique (MSP)

L'augmentation de la production interne et du produit intérieur brut avait entraîné une amélioration générale du niveau de vie et par conséquent une augmentation de la demande de soins. En 1980 à 1984, « la croissance des dépenses de santé était de l'ordre de 20% par an, la part des dépenses de santé passé de 3,5% à 5% du PIB»¹.

¹ : Kaid N., le système de santé Algérien entre efficacité et équité, thèse pour le doctorat d'Etat en science économique, dirigée par le professeur, Mohamed Yacine Ferfera, Alger ; 2003, 384pages.

2-1-2: Diagnostic du système de santé en Algérie : 1962-1984**A)- santé, population et indicateurs de soins**

Durant cette phase, les premiers contours d'une politique de gestion centralisée et planifiée commençaient à apparaître, avec le rattachement des structures relevant du ministère de l'éducation (centres de santé et d'hygiène scolaire) et des dispensaires antituberculeux aux établissements hospitaliers, donnant naissance ainsi à des secteurs sanitaires. L'assistance médicale gratuite (AMG) à l'époque coloniale était destinée aux indigents qui étaient identifiés par leurs communes respectives.

Toutefois, les indicateurs sanitaires de la population algérienne de 1962 à 1973 étaient pratiquement inexistantes. La pathologie prédominante a été constituée par les maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires, générée par l'état de l'hygiène du milieu aggravé par la malnutrition chronique qui affectait une partie de la population. Il faut ajouter, toutes les maladies de l'enfance, telles que : rougeole, tétanos, coqueluche, diphtérie, pneumonie, pour qui les vaccins étaient peu disponibles ou carrément inexistantes et qui étaient les premières causes de la mortalité infantile et des handicaps.

Cependant, durant la phase 1974-1984, un système de gratuité de la médecine a été appliqué et avait levé les principales contraintes de l'accessibilité aux soins. L'état de santé de l'ensemble de la population avait subi des améliorations remarquables. Les patients étaient vus à un stade plus avancé, ce qui a fait que les formes de maladies évolutives ou mortelles ont diminué et ce grâce à la manne de la sécurité sociale en partie.

D'une façon globale, la majorité des indicateurs sanitaires se trouvaient améliorés. C'est de cette manière que l'espérance de vie fait un bond de 10 ans puisqu'elle est passée de 50 ans en 1962 à 60 ans en 1982.

B)- les programmes et les objectifs sanitaires de l'époque

Face à la situation désespérante du système de santé algérien après l'indépendance, et en raison des ressources limitées, le ministère de la santé s'est alors fixé deux objectifs essentiels à atteindre, qui sont¹ :

B1)- la réduction des disparités en matière de répartition du corps médical public et privé, en instaurant une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, ainsi que la mise en place d'équipe mobile d'action sanitaire.

B2)- la lutte contre la mortalité et la morbidité dues aux maladies transmissibles.

La première phase de cette période (1962-1973) a été marquée par la mise en œuvre de plusieurs programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérable et à la

prévention des maladies prévalentes. Pour cela, il faut signaler que, c'est durant cette période qu'a été établie la vaccination obligatoire de tous les jeunes enfants et que la campagne d'éradication du paludisme s'est bien déroulée.

Néanmoins, c'est durant la décennie 1974-1984 que les différents programmes nationaux de santé (lutte antituberculeuse, programme d'éradication du paludisme, programme élargie de vaccination), qui existaient à la fin des années soixante, commençaient à faire ressortir des effets bénéfiques. De ce fait, la majorité des maladies contagieuses de l'enfant (diphtérie, tétanos, coqueluche.) commençaient à être en nette régression mais surtout en voie de disparition. Il ne restait que les infections respiratoires et la rougeole dont la vaccination n'est devenue obligatoire qu'à partir de 1985.

2-1-3: l'organisation, le fonctionnement et le financement du système de santé national après l'indépendance et durant la première période de la gratuité de soins : 1962-1984

A)- les modes d'organisation et de fonctionnement du système de santé: 1962-1984

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un dispositif de soin non systématisé et totalement inadapté aux besoins de la population. Celui-ci se caractérisait par « une infrastructure relativement importante mais hospitalo-centriste, répartie dans les grandes agglomérations du nord du pays et les zones agricoles riches, couvrant les besoins d'une majorité alors que la quasi-totalité de la population n'avait pratiquement pas accès aux soins »². Le reste était constitué d'unités de l'assistance médicale gratuite (AMG) ou de dispensaires et d'équipement sanitaires mobiles.

A côté de ce secteur d'Etat, il existait plus particulièrement dans les villes, un secteur privé qui possédait des cliniques, des cabinets médicaux et des officines pharmaceutiques à but lucratif, qui ont la même implantation que les structures du secteur public. L'ensemble de ces structures avaient pour finalité de lutter contre les maladies infectieuses et parasitaires, la prévention à travers la généralisation des vaccinations et la mise en place des programmes nationaux de santé. Il faut signaler, que le départ des français avait laissé un grand vide au niveau de ses structures. « En effet, en 1963 l'Algérie ne comptait que 600 médecins dont 50% sont algériens »¹.

Ajoutant à cela, que l'infrastructure qui existait a été jugée suffisante et par conséquent n'a donné lieu à aucun investissement public. L'organisation sanitaire demeurait encore centrée sur l'hôpital, qui est en majeure partie subventionné par l'Etat. Durant cette phase, les communes

¹ : Chaouch A., développement du système de santé : stratégies et perspectives, IN la revue : le gestionnaire, n°5, ENSP, 2001.

² : Drs : Ouchfoun A. et Hammouda D., op cit, page 64.

géraient le centre de l'assistance médicale gratuite, tandis que les caisses de la sécurité sociale et les sociétés nationales récemment créées géraient les centres médicaux sociaux.

Les toutes premières mesures ont été prises dès le lendemain de l'indépendance, dans le but de l'amélioration de l'organisation sanitaire. Elles consistent dans la création de l'institut pasteur d'Alger (IPA), de la pharmacie centrale algérienne (PCA) ainsi que l'institut national de santé publique (INSP) en 1964.

Néanmoins, Le décret de février 1973 avait instauré la structuration du système de santé en Algérie. Cela a amené à découper le pays en secteurs sanitaires correspondants approximativement au territoire d'une DAÏRA, qui comprenait à la fois une structure d'hospitalisation et des unités de soins périphériques, à savoir des polycliniques et des centres de soins qui lui ont été rattaché administrativement.

Cette réorganisation du système de santé algérien, se caractérisait par une hiérarchisation du système de soins, ainsi que d'une unification des services de soins.

Cependant, la principale mesure qui était prise durant cette seconde période était celle du décret de l'instauration de la gratuité des soins à partir de 1974 dans tous les services de santé publique. Par la suite, la plus grande partie du personnel hospitalo-universitaire et des structures parapubliques (cliniques, centres médico-sociaux d'entreprise ou de sécurité sociale) ont été rattaché au secteur public.

Les différentes actions qui ont été prises durant cette période sont les suivantes :

- L'ordonnance 73-65 du 28/12/1973 portant gratuité des soins dans l'ensemble des services publics ;
- Le décret 1974 portant temps plein obligatoire pour tous les praticiens hospitalo-universitaires et qui venait confirmer l'orientation et le choix d'un service public prépondérant à contre courant des idées libérales qui régnaient au sein de la profession ;
- Un apport massif des médecins a été rendu possible par l'appel à la coordination internationale et pour la démocratisation de l'accès aux étudiants à partir de 1970 ;
- Le circulaire de juillet 1980 portant intégration du personnel médical et tutelle des centres médico-sociaux au sein de la santé publique ;
- En fin, en décembre 1983, il y'a eu la dissolution de l'office national et inspection de la médecine de travail (ONIMET) et l'intégration des activités de médecine de travail.

Pourtant, l'ensemble de ses mesures a eu des effets pervers et contradictoires² :

¹ : IDEM.

² : Ouchfoun A. et Hammouda D., op cit, page 69.

- Ces mesures ont eu des effets positifs sur la santé de la population, notamment grâce à une meilleure accessibilité du public aux prestations de soins ;
- Par contre, ces mesures ont aussi eu des effets négatifs qui consistent dans la fermeture de la majorité des cabinets médicaux et privés des hospitalo-universitaires et leur départ des centres médico-sociaux, alors que les unités de soins de base (polycliniques, centres de soins) étaient quasiment inexistantes dans les grandes villes. Cela a provoqué un afflux de la population vers les centres hospitalo-universitaires (CHU).

En effet, le taux de réalisation des infrastructures hospitalières a été plus élevé, (57%), alors que celui des structures décentralisées était de l'ordre de 20%¹. Cependant, la part du budget du secteur sanitaire consacrée aux polycliniques et aux centres de soins était pratiquement dérisoire.

Tableau N° 03: réalisation d'infrastructures sanitaires :

	Hôpitaux Nombres de lits	polycliniques	Centres de soins	Maternités
Programmées	18800	656	717	144
Réalisées	10740	130	276	30
%	57	20	38,5	26

Source : MSP

Durant cette phase, les livraisons des infrastructures qui étaient prévues pour 1985 étaient remarquablement importantes, cependant, le système de soin se trouvait déséquilibré car les structures hospitalières ont été élargies au détriment des structures légères et des objectifs sanitaires affichés par le MSP.

C'est à cette période que la « dispensarisation »² de ces hôpitaux s'est développée en entraînant les phénomènes suivants :

- La ségrégation entre une majorité des malades qui devaient accomplir un parcours de combattants avant d'aboutir à une consultation spécialisée ou à une hospitalisation d'une part, et d'autre part, une minorité de privilégiés ayant accès directement au service de leur ex-médecin traitant ;
- Le surcroît d'activités des spécialistes hospitalo-universitaires s'effectuait au détriment des autres prestations : formation, recherche ;

¹ : Kaid.N, op cit, page57.

² : Ochfoun A. et Hammouda D., op cit, page70.

- La fonctionnarisation des personnels de santé avait pour effet de supprimer tout esprit d'initiative et d'aboutir à une organisation et à une gestion routinière et bureaucratique. La gratuité des soins avait donc entraîné la suppression de la fiche navette, et part conséquent l'impossibilité d'évaluer les coûts de la santé.

L'organisation sanitaire avait donc été fondée essentiellement sur la prédominance d'un secteur public organisé en CHU, Etablissements hospitaliers spécialisés et Secteurs sanitaires.

B)- les modalités de financement du système de santé algérien : 1962-1984

En ce qui concerne le financement des soins, la première période de cette phase : 1962-1973 était marquée par « une tarification à la journée a posteriori »¹. « L'Etat et la sécurité sociale contribuaient respectivement à hauteur de 60% et 30% dans le financement total »². C'est-à-dire que le financement des services de santé se faisait suivant les étapes suivantes :

B1)- l'Etat et les collectivités locales intervenaient pour 60% dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières et des AMG, à savoir que les malades nécessiteux ou dépourvus de ressources constituaient la majorité des patients. Ils sont donc pris en charge et assurés par³:

- Le trésor public à raison de 85% ;
- Les caisses de la solidarité des départements et des communes à raison de 15%.

B2)- la caisse de sécurité sociale prenait en charge les remboursements des soins d'une partie des salariées et de leur ayant droit. Elle intervenait dans le financement du secteur hospitalier « sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30% du prix de journée »⁴.

B3)- les personnes autonomes en matière de prise en charge, consistaient dans les agriculteurs, les petites industries ainsi que les professions libérales et les commerçants, qui réglait directement leurs dépenses de santé. Leur participation ne représentait que 10% des dépenses de santé.

Cependant, à la veille de l'institution d'un autre mécanisme, par le quel va redémarrer la seconde phase de cette période s'évaluaient en 1973 à « 874 millions da et représentaient environ 1,6% du PIB. »⁵

On a assisté durant cette période d'après indépendance à l'émergence d'une législation qui tendait à unifier les structures de santé existantes. En effet, l'ordonnance du 04 avril 1966, a été

¹ : Foued Cheriet ; Essai d'évaluation des effets du PAS sur le secteur de la santé : ces de Bejaia, mémoire de magister, Bejaia ; 2001.

² : IDEM

³ : Ouchfoun A. et Hammouda D., op cit, page65.

⁴ : IDEM

⁵ : Houari m^{ed} lamine, le système de financement de la santé en Algérie, mémoire pour l'obtention du diplôme de post graduation spécialisé « management des organisations de santé », dirigé par Chaouche.A, ENSP, Alger, 1999.

mise en place dans le but d'obliger les médecins, pharmaciens et autres praticiens à exercer à mi-temps dans les structures de santé publiques. Parallèlement les unités de soin de l'AMG étaient rattachées au secteur public.

Cependant, un changement radical a été opéré en matière de financement du système de soin durant la seconde décennie de cette phase : 1974-1984. Cela a été établi par l'abandon de la tarification à la journée et l'adoption du budget global, sort de forfait qui a été attribué à la sécurité sociale et à l'Etat a priori et sans aucun rapport avec les niveaux d'activité. En effet, la charte de 1976 avait confirmé ces orientations : « l'Etat a la charge d'assurer la protection, la prévention et l'amélioration de la santé de toute la population »¹.

Toutefois, l'attribution d'un budget global au directeur du secteur sanitaire, avait transformé ce dernier en un simple exécutant des dépenses et pratiquement tout se décidait au niveau central (dépenses d'équipement, gestion de projet d'extension et de réalisation des nouvelles structures de soins.)

Ce système de financement avait provoqué une détérioration du système financier et comptable et en conséquence une absence totale du contrôle des coûts d'une part et un niveau d'activités médiocre d'autre part. Ainsi, l'allocation des ressources était complètement déconnectée du niveau des activités réalisées².

Les établissements publics organisés d'abord en secteurs sanitaires, puis actuellement en centres hospitalo-universitaires, établissements hospitaliers spécialisés et secteurs sanitaires, ont été doté d'un budget global financé par deux principales ressources que sont la contribution de l'Etat et la participation de la sécurité sociale dont la contribution était communément connue sous le vocable « forfaits hôpitaux »³. La part de l'Etat dans le financement du système de soin a été important durant les cinq dernières années de l'institution de la gratuité des soins, cependant, elle avait baissé de 1976 à 1988, puis compensées par la part de la sécurité sociale qui avait enregistré d'importantes recettes et donc pu participer d'avantage au financement des établissements publics de santé.

Cette période était donc caractérisée par un accès aux services de soins totalement gratuits et par un financement spécialisé provenant d'une bipolarisation de l'Etat et de la sécurité sociale. Il faut noter, que ce système de santé algérien a été otage de son système de financement, qui lui-même était tributaire de la situation économique du pays. Néanmoins, l'économie algérienne s'est bâtie sur un seul élément qui est celui des hydrocarbures, ce qui

¹ : Charte nationale de 1976 ; page 271.

² : Lamri L., changeons le système de santé, in revue de l'institut national pédagogique de formation paramédicale (INPFP), 2001.page3

³ : Houari M.L., op. cit, page 2

explique que la situation financière du système sanitaire du pays dépendait complètement des recettes procurait par la vente des hydrocarbures.

2-2 : le système de santé algérien durant le période de la crise économique : 1985-1994

2-2-1 : la situation démographique et socio économique du pays durant la période de la crise économique

A)- la population et son environnement social : 1985-1994

Cette période a été marquée par une jeunesse de plus en plus importante et une démographie qui ne s'est pas ralentie. Par conséquent, il fallait créer d'avantage des écoles de formation, des espaces de loisir, et puis trouver des emplois qui étaient de plus en plus rares. Par ailleurs, grâce à la dynamique de l'indépendance, « l'Algérie a pu absorber en 20ans sans trop de dommage 10millions d'algériens supplémentaires, et elle ne semblait pas capable d'intégrer les 3 ou4 millions de nouveaux citoyens apparus au cours des années quatre-vingt »¹.

En 1990, la population algérienne a été estimée à 22,800 millions d'habitants avec un taux de croissance démographique en nette progression². Toutefois, la majorité de cette population était jeune et fréquentait des écoles de formation et des universités. La voie de la jeunesse était donc toute tracée avec des accès direct à l'emploi et à des formations universitaires.

Malgré cela, les années qui suivent étaient caractérisées par de nombreuses interruptions qui ont été installé. L'emploi n'est désormais plus garanti mais presque un privilège et même les études supérieures et les titres universitaires ne sont plus synonymes d'embauche automatique.

Ajoutant à cela que le parc de logement n'a pas suivi la même évolution que l'accroissement de la population. De plus, la résorption d'une partie des habitats aléatoires s'était faite au profit des cités dortoirs sans rapport avec le mode de vie traditionnel de la population.

B)- la population et son environnement économique : 1985-1994

Les différentes mesures de libéralisation anarchique de l'économie au début des années quatre vingt, associées à la baisse brutale des revenus pétroliers en 1985 s'étaient traduites par une grave crise financière, économique et sociale à partir de 1988.

Le début des années quatre vingt était caractérisé par un démarrage des grands projets d'intérêt public ou parfois de prestige : les autoroutes, les barrages, des ponts mais aussi l'institut pasteur d'Alger.

Néanmoins, durant la moitié des années quatre vingt, l'affaiblissement des prix des hydrocarbures, a engendré une grave crise économique et financière qui a fortement contrarié le

¹ : Ouchfoun A. et Hammouda D., op cit, page73.

² : IDEM.

développement économique et social. Cette crise avait créé des tensions extrêmes sur l'approvisionnement de l'économie et la consommation des ménages.

Ces pressions se sont surchargées par la lourdeur de l'endettement extérieur qui, en 1993 absorbait les 4/5 des recettes extérieures. Les tensions extrêmes sur la balance des paiements ont failli entraîner le pays dans une situation extrêmement grave de cessation de paiement.

C'est à partir de ce grave diagnostic, que les autorités algériennes entreprirent donc des négociations avec le FMI et la banque mondiale en vue de conclure des accords d'allègement de la contrainte financière. Les accords signés avec les institutions internationales ont permis de desserrer l'étau de la contrainte financière par le rééchelonnement de la dette extérieure et de mener en parallèle les premières mesures de réformes qui ont visé la stabilisation de la parité de la monnaie nationale, la diminution des déficits budgétaires et la réduction de l'inflation.

Le plan d'ajustement structurel (PAS) mis en œuvre, visait le rétablissement des équilibres macro-économiques, la relance de l'activité économique, le passage à l'économie de marché et en fin une croissance économique assistée.

Destiné à atténuer les déséquilibres structurels et dont la maîtrise des déficits budgétaires constitue l'un des volets les plus importants, le PAS a eu pour effet perceptible une limitation de la mobilisation des ressources financières provenant du budget de l'Etat et destinées aux secteurs sociaux y compris la santé.

2-2-2 : le diagnostic du système de santé algérien durant la période de crise : 1985-1994

A)- santé, population et indicateurs de soins

Sur le plan des indicateurs de soins, cette phase a été marquée par une mortalité infantile qui stagnait malgré les efforts entrepris. D'après les résultats de plusieurs enquêtes nationales, cela est dû aux infections respiratoires, aux diarrhées, et aux autres maladies infectieuses. En plus, l'espérance de vie qui est passée à la naissance à 65 ans avait expliqué l'apparition des différentes maladies chroniques.

Les maladies transmissibles étaient caractérisées par la persistance des foyers épidémiques de fièvre typhoïde, d'hépatite virale ou de choléra qui sont favorisées par les mauvaises conditions d'habitat et d'hygiène général.

Cependant, ces maladies n'arrivaient au motif de consultation ou d'hospitalisation qu'après d'autres maladies comme l'appareil respiratoire, l'appareil digestif ou encore les accidents et autres traumatismes. Par conséquent, à cause de ces défaillances du service de prévention, on assistait encore à des flambées de rougeole et autres qui risquaient de prendre des allures catastrophiques si des mesures d'amélioration ne se prenaient pas dans des meilleurs délais.

B)- les différents programmes et objectifs sanitaires durant la période de crise

Les programmes de santé élaborés au cours de la première décennie (1962-1974) et développés dans les années 1970-1980 commençaient à donner des signes d'essoufflement et de faiblesse.

On a assisté durant cette période de crise à une baisse de la motivation du personnel de la prévention chargé de les appliquer, qui se heurte à des problèmes d'ordre statutaires (l'absence d'avantages par rapport aux employés du secteur curatif ou l'absence de perfectionnement et de possibilité de progression), et aussi à des contraintes objectives à savoir la difficulté d'appliquer des programmes qui font intervenir plusieurs partenaires étrangers au système de santé, la lutte contre la croissance démographique, la lutte contre les maladies à transmission hydriques, programme élargi de vaccination, médecine de travail.

2-2-3 : Organisation, fonctionnement et le financement du système de santé algérien durant la période de crise : 1985-1994**A)- les modes d'organisation et de fonctionnement du système sanitaire algérien durant cette période : 1985-1994**

Le début des années quatre vingt a été marqué par un ralentissement des efforts d'investissement dans le domaine du social qui étaient financés exclusivement sur fonds d'Etat. Néanmoins, l'effort d'investissement a été maintenu à des niveaux moyens selon les secteurs.

Le système de santé avait bénéficié des mêmes investissements que les autres secteurs sociaux. Sur le plan des infrastructures, une trentaine de nouveaux hôpitaux préfabriqués ont été réalisés¹. Le territoire national était désormais couvert de suffisamment de structures sanitaires et aisément accessibles à l'ensemble de la population.

Cependant, la crise économique avait marqué les mesures prises en matière de politique sanitaire : il s'agit de l'autonomisation des CHU suite à la promulgation du décret du 11-01-1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires. Ainsi, les structures sanitaires n'étaient plus l'entité de base d'exercice et de coordination des prestations curatives et préventives.

De plus, le système de formation avait permis de mettre sur le marché un nombre considérable de praticiens et de techniciens de la santé. Selon les sources du ministère de la santé publique, la norme de 01 médecin/1000 habitants était déjà dépassée en 1990.

En effet, à partir de 1986, le système sanitaire a subi l'impact de la crise économique. La politique de la gratuité des soins qui faisait accroître la demande et par conséquent les dépenses sanitaires, a fait remettre en cause les modes antérieurs d'organisation, de financement et de gestion. Des mesures de contrôle de l'offre ont donc été prises en compte, ce qui a résulté la

¹ : Ouchfoun A. et Hammouda D., op cit, page75.

réduction des flux d'étudiants en médecine et de médecins salariés dans le secteur sanitaires, ainsi que la baisse relative de la distribution des produits pharmaceutiques dans les structures médicales publiques.

Cette politique d'endiguement des dépenses publiques de santé, a par conséquent engendré des problèmes tels que la fuite des médecins vers le secteur privé et la répartition illégale des médecins sur le territoire national, ce qui a aggravé la détérioration de la situation sanitaire des algériens. Les buts que cette politique faisait ressortir, étaient de sensibiliser le citoyen et le faire participer aux dépenses de soin et de parer aux dépenses continues des structures sanitaires.

Les réformes ont continué, ce qui a amené à transformer les hôpitaux régionaux en centres hospitalo-universitaires autonomes par rapport aux autres structures sanitaires. Cette réforme avait marqué une rupture avec la politique de séctorialisation et d'unification du système de santé et les objectifs fixés sont désormais d'ordre financiers, dans le sens de la maîtrise des coûts sanitaires, et d'ordre fonctionnel qui consiste en une meilleur prise en charge des problèmes sanitaires.

A partir de 1988, les réformes entamées pour une libéralisation des différents secteurs économiques ont touché le système national de santé. En effet, ce dernier, de part son caractère administratif, a de plus en plus de difficultés de survivre dans un environnement livré aux lois de l'économie du marché, du fait de l'absence d'instruments juridique qui lui permettraient de s'adapter aux nouvelles règles du jeu.

Les premières mesures adoptées en faveur du secteur, comportaient l'autorisation d'ouverture de cliniques privées et la suppression du service civil. « On assistait alors, à une « hémorragie »¹ importante des spécialistes hospitalo-universitaires, due autant à la dégradation des conditions de travail dans le secteur public, qu'aux perspectives de leur enrichissement rapide dans le secteur privé. Cependant, la suppression du service civil avait eu les mêmes conséquences sur le fonctionnement des autres structures sanitaires du pays. Des régions entières parmi les plus déshéritées, se trouvaient désormais, dépourvues des spécialistes algériens de santé publique. Certains d'entre eux sont allés s'installer à titre privé dans les grandes métropoles, d'autres émigraient vers d'autre pays.

Le début des années quatre vingt dix (1990) est marqué par la priorité accordée à la construction d'hôpitaux, aux dépenses des infrastructures légères (polycliniques et centres de santé) et par conséquent, la primauté au système curatif s'est accordé au détriment du système préventif. De ce fait, le système de santé s'est réorganisé comme suit :

¹ : Ouchfoun A. et Hammouda D., op cit, page77.

- Une subvention automatique fixe et préjugée fixée quelque soit le volume de soins, et financée par le budget de l'Etat ;
- Une participation globale et forfaitaire budgétisée (dont le recouvrement incombe au Trésor). Son montant est préconçu, en tenant compte de prévisions des dépenses du secteur public de soins et de la participation budgétaire.

Les réformes ont été donc initiées dans le but d'accorder une autonomie aux structures de soin, notamment des CHU, dans le même esprit que celle accordée aux entreprises publiques. Les CHU sont réapparues mais désormais autonomes. L'épineuse question de l'ouverture des cliniques médicales et chirurgicales privées était appliquée dès 1987.

La crise économique allait participer à agiter gravement l'édifice qui avait coûté plusieurs années d'efforts et de sacrifices au pays. L'autonomie accordée aux entreprises d'achat de médicaments et l'insuffisance de disponibilité de la devise allait complètement bouleverser les marchés des consommables et des médicaments.

Des programmes nationaux tels que la lutte contre la tuberculose et les programmes d'élargissement de la vaccination étaient complètement en péril. En plus, les politiques de soins de santé primaire dont la pierre angulaire était les polycliniques ont été abandonnées au profit de l'hôpitalo-centrisme.

B)- les modalités de financement du système sanitaire algérien durant la période de crise :

Pour ce qui est du financement de ce système sanitaire en pleine mutation, l'Etat semblait laisser à la charge de la sécurité sociale ce qui lui était auparavant dévolu. La gestion financière était donc réduite au respect des procédures administratives et à une gestion de la trésorerie courante. En plus de ces mécanismes de gestion et de régulation inflationniste, les secteurs sanitaires étaient caractérisés par la multiplication des services lourds et des équipes hospitaliers.

La croissance des dépenses était à l'ordre de 20% par an. De 1980 à 1984, les dépenses de santé par rapport au PIB passent de 3,5% à 5% puis à 6% en 1988 puis baisse à moins de 2% en 1996¹.

Il est aussi à signaler que dans le cadre du financement, les CHU utilisaient 70% du budget de la santé, alors que les secteurs sanitaires qui assuraient 70% des activités de prestations n'en percevaient que 30%².

Enfin, il faut savoir qu'à régime obligatoire, la sécurité sociale couvrait 70% environ de la population et ses dépenses étaient de trois natures : le forfait hôpitaux, le remboursement des frais médicaux et aussi des produits pharmaceutiques.

¹ : Ouchfoun.A et Hammouda.D, op cit, page 76.

² : Oufriha.F.Z, la difficile structuration du système de santé en Algérie, op cit, page 49.

Globalement, on peut dire que cette période de crise (1985-1993), a été marquée par un désengagement de l'Etat basé sur la tarification journalière et par un nouveau mode de financement qui est le budget adopté par le gouvernement. En 1987, la sécurité sociale finançait près de 65%¹ du budget de fonctionnement du secteur sanitaire. Par contre, la part de l'Etat est passé de près de 77% en 1974 à environ 20% en 1989², alors que les ménages finançait près de 15% à cette époque. C'est ainsi que la sécurité sociale est devenue donc la source principale du financement des dépenses nationales depuis « le déplafonnement de l'assiette de cotisation »³. Néanmoins, « si la participation de l'Etat et de la sécurité sociale est comptabilisée durant cette période de façon exacte, celle des ménages est certainement minorée ».

2-3 : le système national de santé après l'adoption du plan d'ajustement structurel (P.A.S) : 1994 à nos jours

En 1994, l'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (P.A.S) imposé par le fond monétaire international(FMI), en raison des difficultés économiques aux quelles le pays était confronté.

Cependant, les difficultés auxquelles est confronté le système de soins semble être attribuées directement et presque facilement aux programmes d'ajustement structurel qui a déjà été responsable de tous les maux économiques et aussi le coupable désigné en matière de dysfonctionnement des services publics en général et du système de soin en particulier¹.

En effet, afin de parer à la baisse de ses recettes induites par la chute des prix des hydrocarbures, l'Etat algérien, au lieu de réduire ses dépenses, n'a fait qu'aggraver les déséquilibres en finançant ses déficits budgétaires par une création monétaire excessive ou en ayant recours à des financements extérieurs coûteux qui venaient charger sa dette extérieure. Toutefois, les premiers accords **stand by** se sont articulés autour d'une compression de la demande et d'une appréciation sensible des recettes des hydrocarbures, permettant à l'Algérie de dégager des excédents budgétaires. Hélas, les reformes sont interrompues en 1992, 1993 et les indicateurs macroéconomiques revenaient à nouveau en « rouge ».

Par ailleurs, la reconduction des accords ne tarde pas. Les accords de 1994,1995 viennent aussi confirmer la détermination du pays à poursuivre des réformes et son choix « irrévocable » pour l'économie du marché. Par conséquent, les équilibres macroéconomiques sont restaurés.

De ce fait, dans sa phase de stabilisation macroéconomique, le P.A.S visait la compression d'une demande trop forte, entraînant une inflation insupportable, un taux de chômage qui ne cesse d'augmenter ainsi qu'une forte baisse du pouvoir d'achat. L'adoption du P.A.S avait donc

¹ : Kaid.N, op cit, page60.

² : IDEM.

³ : IDEM.

entraîné une dévaluation de la consommation nationale et une suppression des prix administrés et des subventions à la consommation.

Néanmoins, à l'instar des entreprises publiques, les services publics semblent avoir fonctionné sans aucune force financière et sans objectifs antérieurement définis. Les lourdeurs et autres dysfonctionnements étaient le pendant du gaspillage et autres marques d'inefficacité.

En matière de services publics de santé, c'est par la fuite en avant dans la dépense non couplée avec des objectifs précis de santé que les secteurs sanitaires semblent fonctionnés jusqu'à présent².

2-3-1 : les modes d'organisation et de fonctionnement du système de soin en Algérie : 1994 à nos jours

A)- les objectifs et les conséquences de l'adoption du P.A.S sur le système de soin en Algérie

En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel (P.A.S) sont les suivants³ :

- Sur le plan interne : la compression des dépenses de soins ;
- Sur le plan externe : la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part et la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger d'autre part.

La poursuite du P.A.S et les mesures de stabilisation économique tentent de limiter des déficits publics et donc la réduction des dépenses de l'Etat. Cette politique se traduit essentiellement par une double action⁴ :

- Action de limitation du secteur public et de la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts ;
- Action d'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine.

Cependant, les mesures prises à cet effet n'ont pas répondu aux objectifs fixés, mais au contraire ont abouti à un alourdissement des charges financières sans que l'efficacité ne suive. En effet, en 1995 et sous les recommandations de la banque mondiale qui préconise la réduction des coûts, la gratuité totale des soins à laisser place :

*Au paiement des consultations et actes médicaux dont les tarifs officiels sont largement en deçà des honoraires réellement perçus pour le médecin ;

¹ : Foued.Cheriet, op cit, pages 46-47.

² : Oufriha.F.Z, cette chère santé : une analyse économique du système de soin en Algérie, Alger, OPU, 1992.page20.

³ : Kaid.N, op cit, page 61.

⁴ : Oufriha.F.Z, Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie, In cahier du CREAD ; n° 41, 3^{ème} trimestre, 1997, page 89.

*une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100DA par jour, non remboursable.

B)- l'offre de soins en matière d'infrastructures

Les décrets N° 97-467, 97-465 et N°97-466 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement respectivement des centres hospitalo-universitaires (CHU), des établissements hospitaliers spécialisés (EHS) et des secteurs sanitaires (SS), décrètent les règles d'organisation et de financement des structures sanitaires citées ci dessus. De ce fait, le système de santé algérien est caractérisé par une organisation pyramidale composée par des CHU, des SS et des EHS.

Néanmoins, on distingue des infrastructures hospitalières et extrahospitalières :

- L'infrastructure hospitalière publique est constituée de 185 hôpitaux relevant des secteurs sanitaires (SS), 32 établissements hospitaliers spécialisés (EHS), et 13 centres hospitalo-universitaires (CHU) totalisant près de 54000 lits auxquels s'ajoutent les 400 lits de maternités autonomes ou intégrées à des polycliniques et centres de santé¹ ;
- L'infrastructure extrahospitalière constituée du secteur privé « qui contenait au 31-12-2000 : 91 cliniques fonctionnelles, totalisant près de 2000 lits, 125 en cours de réalisation et 45 projets à l'étude. »¹. Il est de plus en plus attractif pour les praticiens spécialistes en raison de son extension et des conditions du travail qu'il offre, ce qui aggrave la difficulté du fonctionnement du secteur public.

De plus, les polycliniques et centres de santé constituent le premier niveau d'accès aux soins, mais les programmes d'aménagement du territoire n'intègrent pas toujours ce type de structure, ce qui amène les personnes malades à se déplacer vers d'autres régions à la recherche des soins. Cela se traduit par la suite, par des effets d'encombrement et de congestion qui engendrent la croissance des dépenses sanitaires et par conséquent des coûts des soins qui demeurent non maîtrisés à nos jours, exigeant l'application de différents outils de calcul des coûts afin de mettre fin à ce phénomène de croissance des coûts et dépenses de soins, continu et non maîtrisé.

L'offre publique des soins s'est cependant considérablement étendue, en particulier à partir des années quatre vingt sous l'effet de nouvelles réalisations, ainsi que de l'intégration aux secteurs sanitaires des structures médico-sociales gérées jusque là par divers organismes sociaux et entreprises publiques.

¹ : Kaid N. op. cit, page73.

Tableau N° 04: Evaluation de l'offre publique de soins : structures fonctionnelles :

	Années					
	1992	1993	1995	1996	1997	1999
infrastructures	180	184	148	176	177	217
Hôpitaux régionaux	11	11	08	09	08	05
Cliniques d'hospitalisation publiques	//	//	//	//	//	57
Cliniques d'hospitalisation privées	13	13	13	13	13	13
CHU	19	19	21	21	25	31
EHS	382	363	363	363	359	395
Maternités publiques	48	48	42	37	30	42
Maternités privées	450	455	460	446	460	482
Polycliniques	1111	1123	1109	1098	1110	1185
Centres de santé	3757	3876	3757	3748	3601	3851
Salles de soins	670	706	716	556	428	448
Centres médicaux de soins (CMS)	76	43	38	39	39	48
Laboratoires d'hygiène	34	34	33	41	43	36
Ecole de formation paramédicale	1160	1135	1117	1160	1108	994
Pharmacies publiques	2357	2385	3312	3419	3604	4305
Pharmacies privées						

Source : tableau fait à partir des données du MSP : statistiques sanitaires, édition : 1993, 1994, 1996, 1997, 1998, 2000.

¹ : IDEM

On comprend par ce tableau que l'offre publique des soins est mal répartie sur le territoire national et sa dimension hospitalière est largement surdimensionnée, ce qui fait qu'elle revient chère à l'Etat.

Néanmoins, aujourd'hui, la demande d'hospitalisation est faible et a régressé depuis 1984. Cela peut s'expliquer selon plusieurs raisons à savoir ¹:

*Des raisons objectives :-structures démographiques jeunes.

-principe de la médecine « payante » depuis 1995.

*Des raisons subjectives :-mauvaises conditions d'accueil et de suivi (souvent les malades chroniques sont suivis par différents médecins spécialistes, puisque ces derniers quittent le service public soit pour s'installer à titre privé soit pour quitter le pays).

*Des raisons sociologiques : -faible degrés d'activité des femmes.

-persistance des liens familiaux.

C)- les ressources matérielles et humaines en matière de soins

Les moyens matériels, notamment, les équipements médicaux n'ont pas connu de renouvellement significatif depuis 1982. Les taux de panne sont élevés durant la décennie 1990, pour des raisons multiples à savoir l'absence d'une politique de maintenance.

A partir de 1997, l'augmentation du taux de panne touchait principalement les groupes d'appareillage : techniques, opératoires, anesthésiques, et soins extensifs.

Cette situation préjudiciable au bon fonctionnement des structures publiques de santé, amène les praticiens à orienter leurs malades vers des structures privées pour des explorations diverses.

En ce qui concerne les ressources humaines, plus de 175 000 personnes travaillent actuellement dans le secteur de santé, soit 12% environ des effectifs de la fonction publique dont il constitue le troisième pourvoyeur d'emploi, après le secteur de l'éducation nationale (33,5%) et celui de l'intérieur et des collectivités locales (28%)².

Rapporté à la population, l'effectif des professions médicales publiques et privé, donne les densités nationales suivantes³ : 1 médecin pour 1000 habitants, 1 pharmacien pour 6700 habitants et 1 chirurgien dentiste pour 3900 habitant. Pourtant, ces moyens ne doivent pas cacher le déséquilibre régional existant en matière de couverture médicale. « À titre d'exemple, on

¹ : Kaid.N, op cit, page 75.

² : MSP : développement du système national de santé, stratégies et perspectives, édition, 2001, page21.

³ : Kaid.N, op cit, page79.

enregistre 01 médecin pour 318 habitants dans la wilaya d'Alger contre 2103 habitants dans la wilaya de Adrar »¹.

Les ressources humaines sont ainsi inégalement réparties. C'est aussi le cas des praticiens spécialistes qui sont en majorité concentrés dans les grandes villes du nord du pays. Cela est dû en partie à l'inadaptation des statuts et des profils de formation ainsi qu'aux modes de rémunération peu motivants. A partir de 2000, cette situation a conduit à la mise en œuvre des mesures palliatives. Le service civil a été réinstauré pour les praticiens médicaux spécialistes dans le but d'améliorer la couverture sanitaire des régions défavorisées.

La politique de privatisation de l'exercice médical initiée à partir de 1986, avec la levée progressive des obstacles liés à l'exercice privé des médecins, semble être achevée en 1996, avec la permission donnée aux hospitalo-universitaires d'exercer librement dans le secteur privé soit dans les heures en dehors du service public soit carrément s'installer définitivement à titre individuel ou collectif.

2-3-2 : les modalités de financement du système national de santé : de 1994 à nos jours

A)- les sources du financement et coûts de la santé

Le financement du système de soin est souvent considéré comme la principale source des dysfonctionnements provoqués par le P.A.S dans le domaine de la santé. Cependant, d'autres analystes considèrent que la « conjoncture économique du moment n'est pas directement à l'origine de l'émergence du problème, même si elle en a accentué l'ampleur »².

La phase de la gratuité des soins s'est achevée avec la mise en place du paiement à l'acte par les usagers dans les secteurs publics. Cette participation financière se veut en fait comme un renforcement au financement et non pas comme un moyen de régulation de la demande de soin.

A cause de la fonction du service public avec des coûts totalement déconnectés de l'activité, il a généré d'énormes surcoûts et autres gaspillages. De ce fait, la croissance des dépenses de santé ne pouvant être infinie, il fallait trouver le bon équilibre entre le financement de l'Etat, celui de la sécurité sociale et en fin la participation des ménages.

Désormais, les modalités de financement sont basées essentiellement sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la caisse nationale des assurances sociales (CNAS) ainsi que sur une contribution de plus en plus importante des ménages. Ces trois sources de financement sont objectivement confrontées à « des contraintes de mobilisation des ressources additionnelles pour financer les dépenses nationales de santé qui sont en continuelle augmentation. »³.

¹ : IDEM.

² : Kaddar.M, op cit

³ : MSP, système national de santé : élément de réflexion, assises nationale de la santé, Alger, 26, 27 et 28 mai 1998.

Le manque des moyens financiers en Algérie s'est aggravé par le fait que « le budget de fonctionnement ne connaît qu'une faible augmentation annuelle, ce qui contraint à réduire les programmes de prévention, de population et de maintenance. »¹. La crise politique et socioéconomique de cette dernière décennie a conduit à une dégradation des conditions de vie et à un accroissement de la pauvreté entraînant une diminution de l'accès aux soins.

Néanmoins, l'assurance maladie demeure la méthode de financement de soin de santé car les risques sont partagés par un nombre important d'individus. La sécurité sociale couvre 90% de la population algérienne².

Le système de soin algérien dispose essentiellement de grandes ressources financières et l'exigence de leur exploitation est accentuée par les contraintes qui pèsent sur les grands financeurs :

-l'Etat « coincé » entre la contrainte de maîtrise des dépenses, y compris celles de la santé et l'objectif de satisfaction des besoins de la population, ne peut ignorer la logique de la répartition optimale des ressources, qui impose la prise en compte des résultats de l'activité dans le processus d'allocation budgétaire³ ;

-la sécurité sociale voit ses dépenses augmenter parallèlement à une baisse des ressources. Elle ne peut avoir recours indéfiniment à l'augmentation des taux de cotisation qui va à l'encontre de la création de l'emploi, en alourdissant d'avantage les charges sociales⁴ ;

-Les ménages, déjà confrontée à la baisse de leur pouvoir d'achat ne peuvent financer d'avantage le système de soin, particulièrement les plus démunis.

En effet, l'assurance maladie demeure la méthode de financement des soins de santé la plus essentielle. Ces dernières années, plusieurs catégories de population algérienne ont été intégrées au système d'assurance maladie obligatoire à savoir les étudiants, les moudjahiddines, les handicapés, les apprentis et stagiaires. Toute cette population accède donc aux services de soins de santé aussi bien publics que privés et ils sont remboursés à 80% sur le tarif officiel de la consultation externe dans le secteur privé alors que les prix de ce secteur ont quadruplé. Cela, conduit à une augmentation des dépenses personnelles et à « un système de santé à deux vitesses »⁵ où, seules les personnes plus ou moins aisées peuvent recourir aux services du secteur privé, alors que les plus démunies qui vivent au dessous du seuil de la pauvreté et qui sont de

¹ : Kaid.N, op cit, page 87.

² : IDEM

³ : Bejean.S, Gadreau.M, économie du système de santé, economica, paris, 1994, 317p.

⁴ : Foued.Cheriet, op cit, page 88.

⁵ : Kaid.N, op cit, page87

toute évidence non assurées, devraient bénéficier d'une carte sanitaire leur permettant d'accéder aux soins dans des établissements du secteur public.

B)- les problèmes de financement de la santé en Algérie

A cause de la crise économique et du P.A.S, le système de santé algérien semble être dans l'impasse, après avoir connu une expansion continue pendant plus de deux décennies. Le problème du financement de la santé se pose avec une grande intensité, « il est considéré, semble-t-il, comme la principale source de dysfonctionnement »¹.il est devenu une préoccupation majeure tant pour les pouvoirs publics que pour la population.

En effet, la question du financement révèle la difficulté relativement récente du système de santé. Elle est significative des changements apparus dans les relations, d'une part entre le système de santé et le système économique, d'autre part entre le système de santé et la population, qui rend légitime son existence. En plus de cela, il s'ajoute l'évolution propre du système de soin (démographie médicale, spécialisation.), en heurtant sur la question des ressources à mobiliser et à gérer et surtout des choix stratégiques à faire, la politique de santé nationale devient moins volontariste².

Ainsi, la question du financement de la santé est un moyen qui permet d'intervenir sur l'organisation des services de santé et sur les conditions d'accès aux différents types de soins disponibles. Elle est considérée comme problématique pour les raisons suivantes³ :

- La croissance des dépenses de santé étant plus rapide que l'économie toute entière ;
- Par référence aux états de santé comparés aux ressources croissantes nécessaires au fonctionnement des services de santé ;
- Les objectifs gouvernementaux affichés et les moyens mobilisés sont en décalage. En effet, une partie de la population n'accède pas aux soins, alors qu'une autre plus aisée finance directement ses soins de base. il y a là un problème d'équité de notre système de soin ;
- Le souci de la rationalisation : la recherche de l'efficacité et de l'efficience dans l'utilisation des ressources consacrées au secteur de la santé, alors que les sources de financement sont confrontées à des contraintes de mobilisation des ressources qui servent à financer des dépenses de santé en perpétuelle augmentation ;
- Enfin, il y a l'ultime difficulté qui ronge la santé et qui est celle de l'endettement des établissements publics de santé. Cette situation se répercute sur la quantité et la qualité des prestations attendues par les citoyens, compromettant ainsi le fonctionnement normal

¹ : Kaid.N, op cit, page89.

² : Kaddar.M, le financement de la santé au Maghreb, op cit, page1.

³ : Kaddar.M, op cit, page 6.

des établissements. Elle est le plus souvent génératrice de rupture de stocks de vaccins et de médicaments.

C)- Les dépenses nationales de santé en Algérie : entre équité et efficacité

En matière d'offre de santé, la répartition géographique par région ou par wilaya est inégale. De plus, en ce qui concerne les coûts, il semblerait que les coûts sanitaires par personne sont élevés au sud du pays qui est moins peuplé¹.

Les médicaments occupent la seconde place en termes de niveau des dépenses de fonctionnement. Les dépenses de médicaments sont passées de 6% en 1990 à 16% en 2001 selon les sources du MSP. Pourtant, ces dépenses restent insuffisantes pour répondre aux besoins en médicaments dans le secteur public de santé d'autant plus que les pénuries sont fréquentes. Quant aux dépenses de maintenance, elles ne représentent que 2% des dépenses publiques de fonctionnement (selon le MSP).durant les trois décennies qui ont suivi l'indépendance, l'Etat algérien a investi en équipement médical, ensuite, les difficultés économiques des années1990 n'ont pas permis de le maintenir, encore moins de le remplacer.

2-3-3 : le système de santé algérien : évaluation et perspectives

A)- les avantages du système de santé actuel

Le système national de santé algérien dispose des atouts importants qui sont ²:

- Une couverture géographique en termes d'infrastructure de santé couvrant tout le territoire national et pouvant permettre à chaque citoyen d'accéder à une structure de santé de proximité ;
- Un potentiel en praticiens médicaux important même s'il persiste des disparités surtout pour le personnel spécialisé ;
- Des programmes de prévention et de population ayant eu un impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population en améliorant la plupart des indicateurs sanitaires.

B)- les inconvénients du système actuel de soin en Algérie

Le système national de santé algérien connaît des faiblesses et des dysfonctionnements qui ont réduit de façon cohérente la portée de l'action sanitaire et son efficacité avec pour effet, l'insatisfaction des usagers, des bailleurs de fonds (Etat et sécurité sociale) et des professionnels de la santé. Ces contraintes se résument comme suit³ :

- La centralisation excessive du niveau décisionnel ;

¹ : Kaid.N, op cit, page90.

² : Chaouche.M, op cit, p7.

³ : Chaouche.M, op cit, page 8.

- Le manque d'organisation entre le secteur de la santé et celui de la protection social, notamment dans le domaine de la codification des relations, des nomenclatures et de la tarification des actes médicaux et paramédicaux ;
- L'absence de définition de la place du secteur privé dans le système national de santé ;
- Les limites de la politique de médicaments : si elle a obtenus des résultats positifs en termes de disponibilité et de contrôle de qualité, elle connaît néanmoins, différents dysfonctionnements, à savoir : l'augmentation des prix des médicaments essentiels, l'absence de la prescription médicale ;
- L'inadaptation des statuts des professions de santé, en termes de rémunération, de progression dans la carrière ajoutée à la dégradation des conditions de travail, sont à l'origine d'un taux d'absentéisme élevé et d'une grande démobilisation dans les structures publiques de santé.

C)- Les perspectives du système national de santé en Algérie

Les changements politiques et socio économiques que connaît le pays, l'évolution démographique et épidémiologique, les défis posés par le progrès technologique et scientifique d'une part et la globalisation d'autre part, rendent incontournable la nécessaire adaptation du système national de santé tout en consolidant ses acquis.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé et de population continuera de reposer sur les valeurs et les principes suivants qui en constituent le fondement éthique et moral ¹:

- Le droit fondamental à la santé pour la personne humaine ;
- L'équité, la justice sociale et la solidarité nationale en matière d'accès aux soins (prévention et soins de base, soins généraux, soin spécialisés) à tous les citoyens, avec une attention particulière pour les démunis ;
- Une approche intégrale, impliquant l'ensemble des régions, ouvrant en faveurs du développement humain ainsi que le mouvement associatif et la communauté.

Néanmoins, la recommandation essentielle faite par les professionnelles ayants participés aux différents séminaires et assises nationales est la suivante : « les politique nationale de santé et de population devra constituer une priorité des stratégies de développement économique, social et culturel du pays ».pour ce faire, un avant projet portant « développement du système national de santé : stratégies et perspectives » a été donc élaboré.

Une réforme globale du secteur est préconisée et vise les objectifs suivants :

- L'équité en matière de droit à la santé ;
- L'accès à tous les soins curatifs et préventifs ;

¹ : Chaouche.M, op cit, page9.

➤ La stabilité du système et l'amélioration de sa performance.

Pour cela, certaines propositions et opérations sont envisagées :

*En ce qui concerne la gestion, il est proposé dans ce document d'avant projet, l'adoption de formules modernes telles que la sous-traitance pour les différents services d'entretiens des espaces, maintenances des équipements restauration, etc. la comptabilité analytique comme moyens de fixation des coûts était recommandée ;

*En matière du financement, il est recommandé une meilleure orientation du financement du secteur public qui sera dirigée sur la satisfaction des besoins de santé. L'action concerne la révision des mécanismes d'allocation de ressources. La fourniture de ressources complémentaires aux wilayas qui accusent un long retard est aussi prévue. Cet avant projet recommande en outre, l'apurement des dettes des établissements publics et la révision des relations contre les caisses d'assurances et les prestations ;

*Au volet organisationnel, il est proposé l'élaboration d'une carte sanitaire dont l'objectif est la répartition rationnelle des ressources ;

*En ce qui concerne la stratégie à suivre pour préserver la santé en matière d'environnement, cet avant projet à proposer de limiter les risques provoqués par l'industrie en encourageant les technologies les moins polluantes et de mettre en place un système d'information qui facilitera le contrôle de l'efficacité des mesures et la prise de décision. Le secteur de santé doit se charger de la surveillance épidémiologique en collectant et en analysant les données et en évaluant les risques pour la santé du fait des facteurs environnementaux ;

Par ailleurs, d'autres actions ont été envisagées. Elles concernent la révision des textes réglementaires relatifs à l'importation de médicaments, à l'organisation de la pharmacie hospitalière et à la réactivation de l'inspection de la pharmacie. La révision de la grille des salaires, la formation et la recherche en science de la santé.

En fin, on peut dire que cette phase est caractérisée par une série de mesures en faveur de l'émergence d'un secteur privé qui s'est développé. Un secteur qui non seulement ne répond pas aux besoins d'une population dont le pouvoir d'achat est sans cesse décroissant en raison du fort taux du chômage, mais qui risque de devenir fortement contraignant pour son propre développement.

Toutefois, malgré l'ampleur des sommes investies dans les systèmes de santé et de protection sociale, l'Algérie a connu durant cette dernière décennie, une aggravation des situations de pauvreté et d'exclusion. A cet effet, l'élaboration des programmes locaux ou régionaux de santé qui s'appuient sur une base législative et qui s'imposent à toutes les régions du pays a été ressentie. En effet, cela nécessite une mobilisation du système de santé et des

acteurs de l'action sociale ; dans le but d'acquérir une meilleure connaissance des besoins des personnes et d'améliorer l'articulation des actions au niveau local.

Pour ce, il est indispensable de voir le rôle des collectivités locales dans la gestion du service public de la santé en Algérie, ainsi que dans la maîtrise des coûts sanitaires. Ceci fera l'objet de la section suivante.

Section 3 : Collectivités locales et gestion du service public de la santé en Algérie

Depuis plus d'une vingtaine d'années, « le monde connaît des mutations économiques et institutionnelles (globalisation, régionalisation, décentralisation) combinées à l'émergence du territoire comme niveau pertinent de réflexion et d'actions économiques »¹

Néanmoins, « la décentralisation est le processus par lequel l'Etat accorde, de sa propre initiative, une plus large autonomie aux collectivités locales »². Autrement dit, L'Etat se désengage graduellement de certains domaines, alors que les collectivités locales ont de plus en plus de capacités pour la gestion au niveau locale. Ainsi, « La responsabilité d'une tâche incombe désormais au plus bas niveau de décision compétent pour l'entreprendre »³.

Par ailleurs, en matière de santé, la constitution algérienne consacre le champ de responsabilité dévolu à l'Etat. Elle dispose à cet effet en son article 54 : « tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé, l'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques ».

De ce fait, une carte sanitaire fut adoptée officiellement en Algérie, en 1982. Elle est présentée comme un instrument de répartition cohérente des équipements sanitaire. Ainsi, cette carte sanitaire a pour objectif de rechercher une répartition rationnelle, équitable et harmonieuse, ainsi que des ressources sanitaires, humaines et matérielles sur tout le territoire national. Elle est élaborée sur la base de critères scientifiquement définis, en prenant en considération la satisfaction d'un besoin social fondamental qui est l'accès de tous les citoyens aux soins, l'amélioration de la prévention par des actions de vaccination, d'éducation sanitaire et de protection maternelle et infantile qui demeure l'axe prioritaire de la politique nationale de santé, ainsi que « La promotion d'une couverture sanitaire efficace et judicieuse à travers tout le pays et

¹ : Kaid-tlilane.N, « La gestion locale des problèmes de santé: quelques réflexions », communication lors du colloque international «Gestion et financement des collectivités locales à l'heure des mutations Economiques», UNIVERSITE EL HADJ LAKHDAR – BATNA Faculté des Sciences Economiques et des Sciences de Gestion, Batna les 01 et 02 décembre 2004.

² : Bahner.G, La gouvernance communautaire et les nouvelles relations entre l'Etat et les collectivités locales, Revue internationale des Sciences Sociales, juin 2002, pp. 243-258.

³ : Kaid-tlilane.N, « La gestion locale des problèmes de santé: quelques réflexions », communication lors du colloque international «Gestion et financement des collectivités locales à l'heure des mutations Economiques», op. cit.

L'encouragement de la recherche dans le domaine de la santé en privilégiant celle qui vise à satisfaire les besoins sanitaires et à améliorer les systèmes de soins et les conditions de vie de toute la population »¹.

Toutefois, l'élaboration de la carte sanitaire s'est basée sur trois critères importants qui sont :

- **Celui liés à la situation démographique :** à savoir la taille de la population, sa composition par âge et par sexe, sa densité, ses mouvements à travers les indices de natalité, de mortalité, et du taux d'accroissement naturel ;
- **Celui liés à la situation socio-économique :** L'analyse à travers les indicateurs ou des indices appropriés de certaines données socio-économiques (emploi, revenu, habitant.) ;
- **Les critères liés à la situation sanitaire :** à savoir la mortalité et de la morbidité du pays. concernant la morbidité ; il faut situer l'importance actuelle et la tendance future probable des maladies et infections prévalant. Alors que pour la mortalité, il s'agira de mener une mesure de la distribution de la mortalité selon l'âge et le sexe.

Ainsi, l'objectif principal de la politique nationale de santé consiste particulièrement en l'accessibilité aux soins, la justice sociale, l'équité et la solidarité. De ce fait, la protection et la promotion de la santé, visent notamment à la réduction des inégalités et exigent au préalable l'élaboration et la mise en œuvre des politiques adaptées en matière de logement, d'emplois, d'assainissement du milieu rural et de sauvegarde de l'environnement.

Néanmoins, l'Etat central ne peut conduire à lui seul une politique aussi complexe comme celle de la santé. Pour ce, la prise en charge du service de santé et la distribution des soins s'inscrit directement dans la politique de déconcentration et de décentralisation.

3-1 : Rôle des politiques de santé dans le développement durable

Avant de passer à l'analyse des relations entre santé et développement, il convient tout d'abord de revenir en quelques lignes sur la notion de développement. En effet, le terme de "développement" est polysémique : plusieurs conceptions, attachées au développement s'affrontent, à la fois dans le temps, mais aussi selon les différentes écoles de pensées.

3-1-1 : définition de la notion du développement durable

A): définition du développement

Le développement fait référence à la croissance économique à laquelle on ajoute une dimension d'équité. Cette conception n'est pas unifiée, tant il est vrai que peuvent se ranger dans cette perspective, les conceptions structuralistes de Perroux (1961) pour lequel le développement

¹ : C'est à dire : garantir une efficacité et une équité dans la distribution des soins.

fait référence au changement des structures conduisant un accroissement du produit par tête et celles de Sen (1981) et du PNUD (1990) pour lesquels le développement est le processus d'expansion des capacités, c'est à dire d'élargissement des possibilités offertes à chacun.

Ainsi, le développement est caractérisé dans une acceptation davantage sociologique par un projet de société. C'est-à-dire qu'il représente une dynamique sociale d'une société qui entre dans un nouveau type de civilisation, ou encore un mouvement par lequel les peuples se constituent comme sujets historiques de leur avenir.

Cependant, malgré cette polysémie, deux grandes tendances se dégagent quant à la conception du développement. La première précise que le développement est économique. Elle assimile dans la tradition classique ; développement et croissance des richesses matérielles. Selon cette perspective, il n'y aurait aucune spécificité de l'économie du développement, relativement à la théorie économique. Ainsi, découlent de cette première tendance, les modèles de développement utilisés par la Banque Mondiale ou le FMI et au plan de la politique économique, une concentration sur l'équilibre monétaire et toute mesure qui, sous cette contrainte, conduit à l'expansion de la richesse nationale.

Cependant, la seconde tendance considère que la mesure du développement ne se limite pas du tout à l'accroissement du produit national par tête, mais devient par contre un processus centré sur l'homme (d'où l'appellation de développement "humain") et sur son bien-être au sens large. Ainsi, les individus sont la véritable richesse d'une nation.

De ce fait, « le développement doit donc être un processus qui conduit à l'élargissement des possibilités offertes à chacun. Il a pour objectif fondamental de créer un environnement qui offre aux populations la possibilité de vivre longtemps, et en bonne santé, d'acquérir les connaissances qui les aideront dans leurs choix et d'avoir accès aux ressources leur assurant un niveau de vie décent"¹. Ainsi, selon cette seconde perspective, la croissance économique est un facteur nécessaire, mais non suffisant au développement.

Néanmoins, actuellement on a tendance à associer au développement le qualificatif "durable". Pourtant, ce développement durable n'est pas un concept vraiment nouveau. Il est fondé sur les conceptions du développement humain, médiatisées par le PNUD, et c'est ce qu'on verra dans le point suivant.

B)- Définition du développement durable

Le développement à la fois humain et durable possède trois dimensions : Une dimension économique selon laquelle le développement passe par une croissance régulière, une dimension

¹ : Rapport sur le développement humain. PNUD, 1990.

sociale selon laquelle les conditions de vie doivent être améliorées, et enfin une dimension environnementale selon laquelle les ressources naturelles limitées doivent être protégées. Ces trois dimensions du développement durable sont en interaction, et les stratégies de développement sont alors appelées à les intégrer.

Néanmoins, d'un côté, certaines irréversibilités, en particulier environnementales et sociales sont à l'origine de situations socio-économiques qui promettent le retour à une situation de stabilité favorable au développement à long terme. D'un autre côté, la problématique de l'équité est étendue aux générations futures. Autrement dit, l'accumulation de capital humain et de capital social conditionne directement le bien être des générations à venir.

Ainsi, Il semble que le développement durable est une approche intergénérationnelle et qualitative de l'évolution des sociétés. En outre, en adoptant une terminologie économique, on peut dire que le développement durable repose sur l'accumulation de capital sous ses différentes formes, principalement le capital physique, humain et social.

Toutefois, Le capital humain est un concept forgé par Schultz (1961) et Becker (1964) qui retracent les effets de l'éducation et de la santé sur l'individu. Cependant, selon Bourdieu.P (1979) et Coleman.J.S (1988), Le capital social a trait aux interactions qui existent dans la société entre les individus qui partagent un ensemble de normes de valeurs communes. En effet, une partie de ce capital peut être utilisée afin de permettre d'obtenir un rendement, sous différentes formes, telles que l'accès à l'information et à l'emploi.

3-1-2 : Santé, croissance et développement humain

A) : Croissance économique et développement humain

La croissance économique influence positivement sur la réduction de la pauvreté. En effet, ce lien est d'autant plus fort que la distribution du revenu national est équilibrée¹. A cet effet, cette réduction de la pauvreté est favorable à l'augmentation des dépenses de santé et d'éducation qui, à leur tour, favorisent le développement humain.

Néanmoins, l'intensité du lien entre l'augmentation des dépenses publiques et l'amélioration du développement humain dépend de plusieurs facteurs. En effet, la répartition des dépenses publiques est un déterminant important de l'amélioration du développement humain. Selon l'affectation des ressources, l'effet d'une hausse de la dépense publique sur le développement humain est différent. Les recettes fiscales collectées doivent donc en priorité être affectées à des

¹ : Le Lien entre la réduction des inégalités et l'accroissement du niveau de l'état de santé est mis en évidence, tant pour les pays développés que pour les pays en développement. Pour plus de détails, voir Ulman (1999) et le rapport du PNUD (1996).

dépenses en santé et en éducation, afin que leur impact soit maximal¹. En plus, les pratiques clientélistes, la corruption et les luttes de pouvoirs à l'intérieur du secteur administratif sont à prendre en considération, sachant que l'efficacité de la dépense publique sera d'autant amoindri que ces comportements sont nombreux.

B : L'impact de la santé sur la croissance économique et le développement humain

Le niveau du développement humain influence sur la croissance économique. En effet, une population bien nourrie, bien soignée et bien éduquée est un facteur déterminant de la croissance économique. L'augmentation de la productivité du travail, induite par l'amélioration des capacités des individus, engendre une augmentation du revenu national.

Néanmoins, la hausse de la productivité du travail permise par l'emploi d'une main d'œuvre bien soignée et bien nourrie permettrait aux entreprises de réaliser des profits et aux investisseurs étrangers d'être moins frileux pour accorder les financements aux firmes des pays en développement². Ainsi, une population en bonne santé voit son espérance de vie augmenter et son cycle de vie s'allonger. L'espérance de gains futurs augmente avec l'horizon de planification des individus qui sont alors d'autant mieux disposés à investir en éducation, en santé et à se constituer une épargne financière.

Ainsi, la maladie engendre des coûts élevés pour la société. Une morbidité élevée, à côté du renouvellement important de la main d'œuvre qu'elle engendre, décourage les investissements des entreprises, donc leur rentabilité et décourage le tourisme, source de revenus en devises. De plus, lorsqu'une proportion importante de la population est malade, les budgets publics sont affectés prioritairement aux dépenses de santé, au détriment des autres services sociaux. La confiance de la population envers les autorités publiques s'affaiblit, tandis que les services sociaux sont saturés.

En définitive, le développement humain influence positivement la croissance économique si le niveau de l'investissement en capital humain est élevé, si la distribution des revenus est égalitaire et si les choix de politique économique sont appropriés.

3-1-3 : politique de santé et développement durable

Il est assez clair, au regard des analyses ci dessus que la croissance économique sans développement humain ne saurait aboutir à un processus cumulatif, préservant et augmentant à la fois le niveau des formes sociale, économique et environnementale du capital national. Sans un

¹ : Il s'agit en particulier de statuer sur le poids du service de la dette extérieure et d'éviter que cette génération de recettes fiscales soit affectée au service de la dette. Le désendettement ne constitue pas forcément une priorité, dans la perspective d'une amélioration du développement humain.

² : Il faut noter que Cette corrélation forte entre la productivité du travail et la croissance économique est d'autant plus importante dans les pays en développement.

contrôle, même minimum, des autorités publiques, le bouclage du développement sur la croissance ne peut s'opérer. Autrement dit, l'amélioration des capacités requises pour créer un environnement favorable à la croissance économique, ne peut se traduire par une élévation du produit national que dans la mesure où une politique de mise en valeur de ces capacités est en œuvre. Ainsi, on se demande si une population bien nourrie et bien soignée participera-t-elle à la croissance économique dans le cas où, par exemple, le marché du travail n'est pas favorable à l'emploi de cette main d'œuvre.

A) : La santé et les politiques de santé au cœur du développement durable

En isolant le rôle de la santé dans la durabilité du développement, il résulte que la santé joue à la fois sur la croissance économique et sur le développement humain lui-même¹. En outre, tant la croissance que le développement humain ont une incidence sur l'état de santé de la population, à travers l'extension du système de santé et la satisfaction d'un nombre plus important de besoins de la population : la croissance économique permet en théorie d'accroître l'allocation des ressources dévolues au secteur de la santé. Le développement humain, entendu par exemple au sens de l'allongement de l'espérance de vie individuelle, permet l'élévation du niveau de vie et permet aux individus de se préoccuper davantage de leur santé, ce qui contribue à faire augmenter la demande de santé et la fréquentation des unités de soins, générant un revenu additionnel dans ce secteur.

Ainsi, il apparaît que la santé en tant qu'état, mais aussi en tant que système, est au cœur des liens qu'entretiennent santé et développement. Cette interface sanitaire permet donc de renforcer ou d'affaiblir les liens qui assurent l'auto-entretien d'un cercle vertueux de croissance et de développement, c'est-à-dire un développement durable.

Par ailleurs, au plan macroéconomique, l'état de santé est à prendre en considération, mais l'organisation et le fonctionnement de système de santé constituent un enjeu majeur du développement durable.

En effet, les politiques de santé qui modifient à la fois l'organisation et le financement des systèmes de santé remplissent un rôle capital dans la marche vers le développement durable : une politique de santé inadéquate, c'est à dire inefficace et/ ou inéquitable, peut contribuer à fragiliser le lien entre croissance économique et développement humain ; en revanche l'adéquation des politiques de santé à ces objectifs de croissance économique et de développement peut contribuer à renforcer la dynamique du lien biunivoque entre croissance et développement.

B) : contributions des politiques de santé au développement durable

¹ : Cela se fait par le biais de l'élévation de la productivité du travail qu'une amélioration de l'état de santé induit, et par l'extension du domaine des choix individuels qu'un meilleur état de santé permet.

En premier lieu, la politique de santé doit permettre une amélioration de l'état de santé des populations. C'est en fait la notion d'efficacité du système de santé qui est en question. En outre cette efficacité est conditionnée par une véritable prise en compte des besoins individuels et collectifs en matière de santé, mais aussi en matière d'infrastructures¹.

En second lieu, la politique sanitaire participe au développement durable dès lors qu'elle permet de réduire les inégalités devant la santé. Autrement dit, une redistribution inégalitaire du revenu influence négativement le développement humain, mais aussi la croissance. Cette inégalité financière est d'ailleurs l'apanage des pays en développement. Pour contrebalancer les effets négatifs d'une telle redistribution, les politiques de santé doivent contribuer à ajuster les obstacles à l'accessibilité aux soins. Une dimension d'équité est alors en question².

En plus, une politique de santé contribue au développement durable dans la mesure où elle vise et où elle assure la pérennité du financement du système de santé qui permet d'assurer la continuité des approvisionnements en biens médicaux, notamment en médicaments. A cet effet, la stabilité financière du système de santé permet d'étendre le système lui-même (construction d'infrastructures nouvelles), mais aussi son champ d'intervention (soins de nouvelles pathologies, extension du domaine de la santé publique. Etc.).

En résumé on peut dire qu'une politique de santé contribue au développement durable si elle conduit à l'efficacité productive du système de soins, si elle améliore l'équité dans le recours aux soins, si elle permet la pérennité d'un financement domestique du système de santé et enfin, si elle répond aux attentes légitimes de la population.

3-2 : La gestion de la santé au niveau local en Algérie

Dans le but de se décharger d'un fardeau, dans le contexte de problèmes budgétaires structurels, l'Etat a été emmené à confier de nouvelles tâches aux collectivités locales. Néanmoins, l'Etat a progressivement modifié les équilibres existants entre administrations nationales et locales et revalorisé le service public local aux dépenses du service public national.

Par ailleurs, en matière de santé, les programmes de santé locaux doivent être laissés à l'initiative des décideurs et pouvoirs publics locaux, afin de mener des actions locales intersectorielles, pouvant faciliter la résolution de problèmes complexes.

En effet, la diversité des connaissances issue de l'intersectorialité au niveau local ne peut que soutenir le développement local, sachant que le niveau national ou central est quelquefois

¹ : Il s'agit en fait de l'adéquation du nombre et de la qualité des services de santé, relativement aux besoins en termes de soins primaires et de soins hospitaliers.

² : C'est une équité assurée ou non par le fonctionnement et l'évolution du système de santé et identifiée comme un facteur déterminant de la durabilité du développement.

inducteur de cloisonnements, alors que le partenariat au niveau local présente moins de difficultés à mettre en œuvre qu'au niveau national.

A cet effet, La décentralisation constitue un moyen de promotion de la santé, puisqu'elle permet d'accroître la participation de la population à la prise de décision. En effet, avec la décentralisation, les pouvoirs publics deviennent plus proches des administrés, ce qui leur permet de mieux répondre aux besoins des populations, notamment lorsque la société civile participe à la prise de décision et amène les autorités à rendre compte de leurs actes. « Dans ce cas, la centralisation des pouvoirs devient un frein à la réussite d'initiative locale »¹.

3-2-1 : Collectivités locales et développement durable

A : La gestion du service public local

Le service public local existe au niveau de la région, de la wilaya ou de la commune, avec des petits réseaux. Néanmoins, la régulation et le contrôle s'exercent de manière différente avec une problématique voisine qui renvoie à l'intérêt général.

Par ailleurs, les services publics locaux sont en grand nombre. Certains sont obligatoires du fait de la loi qui exige aux collectivités locales de les assurer (par exemple la collecte de déchets). D'autres sont facultatifs, du moment que leur existence est autorisée par la loi; si la collectivité souhaite les mettre en place, ou s'ils sont liés à un intérêt local conduisant la collectivité à produire un service public spécifique.

En outre, les services publics locaux représentent « l'une des expressions les plus concrètes de l'autonomie des collectivités locales et un puissant moyen dont celles-ci disposent pour servir l'intérêt général »². De ce fait, les services publics locaux prennent en compte le développement durable qui est défini du point de vue locale par une association internationale de collectivités nommée l'ICLEI (International Council for Local Environment Initiation) comme « le développement qui procure des services économiques, sociaux et environnementaux fondamentaux à tous les habitants d'une commune sans compromettre la viabilité des systèmes naturel, immobilier et social dont dépend la fourniture de ces services ».

Cependant, plusieurs raisons conduisent à relier le service public local et le développement durable: « Le service public local se préoccupe de la cohésion économique, sociale et territoriale tout comme le développement durable. Ce dernier exige une démocratie et une transparence dans

¹ : Kaid-tlilane.N, « La gestion locale des problèmes de santé: quelques réflexions », communication lors du colloque international

«Gestion et financement des collectivités locales à l'heure des mutations Economiques», op cit, p 2.

² : Sayah. J: "Quelques remarques sur les principes directeurs pour les services publics locaux en Europe". In Le service public local, éd. PUG, 1998, pp. 121-132.

le fonctionnement des institutions et de l'économie qui caractérise aussi un service public local fonctionnant correctement »¹.

B) : Les collectivités locales et la mise en oeuvre du développement durable

Dans l'objectif d'atteindre un développement durable, les collectivités locales sont amenées à revoir leurs conceptions concernant certains programmes locaux, à savoir : l'urbanisme, l'aménagement du territoire, la santé, le transport, le logement, etc. Ainsi, ces programmes doivent être élaborés en concertation avec un ensemble d'acteurs sur la base d'un diagnostic, ce qui favorisera l'ouverture des différents services communaux, généralement peu habitués à travailler ensemble (environnement, eau, santé, déchets, voirie, réseau routier. etc.).

Par ailleurs, « la fiscalité locale représente une part croissante de l'ensemble de la fiscalité nationale. Il est souhaitable que cette fiscalité soit transparente, redistributive sur le plan économique et social et efficace sur le plan environnemental »². En effet, La connaissance de la part des dotations de l'Etat par rapport aux recettes des administrations publiques locales permettra la correction des inégalités des recettes entre régions.

Néanmoins, les services publics locaux sont les premiers concernés par l'exigence de transparence fiscale ; du fait de leur proximité avec la population. Ainsi, Les collectivités locales sont appelées à mettre en place des institutions adaptées ; en associant les différents acteurs concernés et les usagers, afin de définir les missions des services publics à assurer, à effectuer des choix à justifier et à développer la culture de l'évaluation des services publics locaux.

Toutefois, En matière d'urbanisme, «de nouvelles conceptions urbanistiques se sont développées. La ville doit être plus écologique et plus durable³. Pour ce, la régulation publique urbaine doit recycler prioritairement les espaces déjà urbanisés en détérioration, afin d'éviter les fractures urbaines, plutôt que de construire d'autres quartiers souvent plus loin en périphérie.

Pour l'aménagement du territoire, une réflexion à long terme sur l'espace constitue un point commun avec le développement durable. Ce dernier introduit de nouvelles idées, en rappelant que certains progrès influencent négativement sur l'environnement, comme la pollution issue de l'industrie par exemple. C'est pour cette raison que les services publics doivent limiter les risques et maîtriser les consommations.

¹ : Barbier .V, Frois .P, Le Masne. P: Service public local et développement durable, In RERU, éd. 2003, p. 327.

² : Kaid-tlilane.N, « La gestion locale des problèmes de santé: quelques réflexions », communication lors du colloque international

«Gestion et financement des collectivités locales à l'heure des mutations Economiques», op cit, p11.

³ : voir : le rapporte de l'OCDE : Politiques novatrices pour un développement humain, la ville écologique, 1996.

Un autre axe du développement durable sur lequel les collectivités locales interviennent représente celui du logement. En effet, Les politiques de logement social dirigées directement par l'Etat semblent être déviés de leurs objectifs originaux et finissent par favoriser la ségrégation sociale. « L'idée est parfois avancée que l'Etat est mal placé pour gérer ces problèmes fonciers, qui seraient mieux traités au niveau local »¹. A cet effet, « les aides seraient transférées à des collectivités supracommunales (wilayales par exemple), qui seraient mieux à même de replacer le problème du logement social dans le cadre d'un aménagement urbain global encourageant la mixité sociale des quartiers »².

En matière de transport urbain, ce dernier représente un enjeu important du développement durable. En effet, les nuisances de l'automobile sont sous-estimées, alors que le transport automobile est l'un des principaux responsables de l'augmentation des émissions de polluants.

Pour ce qui est de la santé, la stratégie doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles afin de garantir la cohérence entre la santé et les autres politiques publiques, et faire en sorte que toutes activités sectorielles ayant une incidence sur la santé contribuent à la stratégie globale du ministère de la santé.

En effet, le système de santé algérien doit s'adapter aux besoins actuels de santé. Ainsi, ce dernier doit répondre aux attentes des malades et à l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier aux personnes les plus démunies.

Ainsi, les réformes doivent se faire dans le sens du renforcement des capacités de l'offre de soins qui devient qualitative par la hiérarchisation et les réseaux de soins, ainsi que le développement des procédures de coopération entre établissements de santé.

3-2-2 : Evaluation de l'action locale en matière de santé en Algérie

A) : Les principes inhérents à l'organisation des soins en Algérie

En Algérie, la distribution de soins repose sur deux principes indispensables, à savoir la sectorisation et la régionalisation

Ces principes de la distribution des soins n'ont leurs raisons d'être que dans la mesure où ils fixent la façon dont les soins seront distribués à la population, en d'autres termes c'est à travers ces deux principes fondamentaux que se dessine l'organisation de la distribution de soins en Algérie. Cependant il serait erroné de dire que la distribution de soins en Algérie soit le reflet de ces trois principes sans que d'autres considérations n'interviennent comme par exemple la considération administrative qui se présente dans la plupart des cas comme l'élément

¹ : Kaid-tlilane.N, op cit, p 10.

² : Sauvez M. : la ville et l'enjeu du développement durable, Rapport du Ministère de l'aménagement du territoire et de L'environnement, La Documentation Française, 2001.

prépondérant dans la création de certains secteurs sanitaires alors que cette création ne doit obéir en fait qu'aux paramètres strictement sanitaires.

A1) : La sectorisation

La sectorisation consiste en la création d'un secteur sanitaire dans chaque daïra. Ce dernier est cette entité géo-sanitaire ayant pour mission la prise en charge d'une manière complète, intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaires de la population. Le siège du secteur sanitaire est l'hôpital le plus important de la daïra. « Les secteurs sanitaires sont classés en trois catégories A, B, C selon le nombre de spécialités et les zones d'implantation. En effet, le secteur de type «B» est le secteur localisé dans le chef lieu de wilaya avec vingt spécialités alors que le secteur de type «A» est localisé au chef lieu de région sanitaire possédant quarante huit spécialités. Le secteur sanitaire de type «C» est localisé dans le chef lieu de daïra avec sept (07) disciplines ou spécialités »¹.

Par ailleurs, la mission du secteur sanitaire de type «C» ou de daïra pourrait ne pas s'arrêter à la même circonscription administrative car dans la réalité un secteur sanitaire de daïra couvre un certain nombre de daïrates supplémentaires. Ainsi, La sectorisation consiste en la division démo-géographique de l'appareil sanitaire en secteurs sanitaires. Il est prévu un secteur sanitaire pour 100.000 habitants environ selon les normes établies par la carte sanitaire de 1982.

Néanmoins, les découpages administratifs successifs qu'a connus l'Algérie ont une grande influence sur la création de nouveaux secteurs sanitaires. La fonction administrative a prévalu sur la fonction sanitaire du fait que cette transposition entité administrative/ secteur sanitaire a engendré une multiplicité de structures de santé n'ayant pas leur raison d'être sur le plan strictement sanitaire. En effet, le secteur sanitaire est constitué d'hôpitaux, polycliniques, centre de santé, salles de soins et de consultation, les maternités, les poste de contrôle frontalier, les centres de protection maternelle et infantile (P.M.I), les centres d'espacement des naissances, les dispensaires, et de toutes autres structures légères satellites relevant du secteur public, alors que toutes ces structures légères devaient en principe remplir le rôle qu'est le sien dans la prise en charge des problèmes de santé de la population.

Néanmoins la sectorisation a engendré l'affaiblissement de ces structures, du moment que l'hôpital s'accaparait la majorité des moyens matériels et humains mis à la disposition du secteur sanitaire au détriment des structures légères ayant en principe un rôle important à remplir dans les soins de prévention et des soins primaires. C'est donc toute la stratégie de santé en Algérie basée sur la prévention et les soins de base qui se trouve ainsi amputée suite à la marginalisation des structures de soins légères.

À la fin de 1992, « 179 secteurs sanitaires existaient et se répartissaient d'une façon inégale sur le territoire national, étant donné que les disparités régionales persistaient et se trouvaient parfois accentuées à cause de la concentration que connaissent certaines régions en matière de densités médicales ; par rapport à d'autres qui connaissent un besoin en spécialités de base tels que la pédiatrie, la gynéco- obstétrique, la médecine interne, la chirurgie générale »². Etc. Aussi certains secteurs sanitaires implantés à l'intérieur du pays souffrent de la non- disponibilité de spécialistes faisant recours pour pallier à cette insuffisance à des médecins généralistes.

A2) : Le principe de la régionalisation

La carte sanitaire nationale de 1982 élaborée par le ministère de la santé avait permis de répartir le territoire national en treize (13) régions sanitaires, afin de permettre à la population de chaque région l'accès commun aux différents niveaux de soins hiérarchisés. Ainsi, la région comprenait un certain nombre de wilayas plus ou moins dense en population et en superficie. Quoique, trois années après, ce découpage s'est trouvé dépassé du fait du nouveau découpage administratif de 1984 venant à porter le nombre de wilayas de trente et une (31) à quarante huit (48). A cet effet, la fonction sanitaire s'est trouvée biaiser par la fonction administrative, du fait que le critère prévalant dans le découpage des régions sanitaires demeure toujours un critère administratif.

Par ailleurs, la régionalisation a permis de définir les différents types de secteurs sanitaires en trois catégories :

1- Le secteur sanitaire de type « C »

Le secteur sanitaire de type C est celui qui assure les soins de premiers secours et les soins généraux. Ce type de secteur devait être doté de sept (07) disciplines à savoir : la médecine interne, pédiatrie, gynécologie obstétrique, pharmacie, radiologie, biologie, chirurgie dentaire. Les secteurs sanitaires de type C correspondent aux hôpitaux implantés au chef lieu de daïras.

2- Le secteur sanitaire de type « B »

Peuvent être classés dans la catégorie B, les secteurs sanitaires assurant les soins de base, les soins généraux (qui sont les soins assurés par les secteurs de type C) en plus des soins spécialisés. Autrement dit, En plus des sept (07) spécialités qui incombent au secteur sanitaire de type C, le secteur de type B est doté d'un nombre supplémentaire de disciplines à l'exemple de : la médecine du travail, médecine légale, épidémiologie, pneumo-phtisiologie, O.R.L, ophtalmologie, maladies infectieuses. Etc.

¹ : voir : décret exécutif N° 97-4766 du 02-12-1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires en Algérie.

² : BOULHRIR. Mohend, planification sanitaire et gestion des services de santé, cas de l'Algérie, Thèse de magister, Alger, 1993.

Les secteurs sanitaires de type B correspondent aux hôpitaux implantés aux chefs lieu de wilayas.

3- Le secteur sanitaire de type « A »

Ce type de secteur assure les soins de premier secours, les soins généraux, les soins spécialisés et les soins hautement spécialisés. En d'autres termes, ce secteur sanitaire coiffe un certain nombre de secteurs de type B et C et englobe des disciplines comme : la cardiologie, neurologie, endocrinologie, diabétologie, néphrologie, hématologie-clinique, neurochirurgie, chirurgie plastique et réparatrice, microbiologie, parasitologie, immunologie. Etc.

Ainsi, en comparaison avec ce qui précède, on remarque une hyperspécialisation de la médecine qui va en s'accroissant. Les secteurs sanitaires de type « A » correspondent aux hôpitaux du chef lieu de région sanitaire.

Cependant, il est impératif de signaler que depuis 2007, un nouveau décret N° 07-140 du 19-mai-2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et les établissements publics de santé de proximité (EPSP), est mis en œuvre dans le but d'abroger le décret N° 97-466 du 02-12-1997 fixant les règles de création d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires. Désormais, les secteurs sanitaires n'existent plus, et ils sont remplacés par les EPH et les EPSP¹.

B): L'organisation de l'action sanitaire au niveau local en Algérie

B1) : Au niveau de la wilaya

La loi 90-09 relative à la wilaya prévoit dans son article 76 que dans le domaine de la santé publique, l'assemblée populaire wilayale (APW) assure la réalisation d'équipements de santé dépassant les capacités des communes, et ce dans le cadre des normes nationales et en particulier de la carte sanitaire².

En outre, L'APW initie et met en œuvre toute action de prévention épidémiologique, et ce en liaison avec les communes. Ainsi, elle veille à la mise en œuvre des actions de préventions sanitaires, en prenant toutes les mesures destinées à favoriser l'implantation de structures liées au contrôle et à l'hygiène des établissements accueillants le public et des produits de consommation³.

Une Direction de la Santé et de la Population (DSP) se situe au niveau du chef lieu de chaque wilaya, et a reçu des attributions pour lesquelles elles a juridiquement le plein pouvoir.

Ainsi, conformément au décret exécutif n° 97-261 du 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des DSP, ces directions sont chargées de développer et de

¹ : voir : décret N° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des EPH et des EPSP.

² : Article 76 de la Loi n° 90-09 du 07 Avril 1990 relative à la wilaya.

³ : Article 78 de la Loi n° 90-09 du 07 Avril 1990 relative à la wilaya.

mettre en œuvre toute mesure de nature à encadrer les activités en matière de santé et de population. A ce titre elles sont notamment chargées¹ :

- De veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans tous les domaines liés aux activités de santé et de population ;
- D'animer, de coordonner et d'évaluer l'exécution des programmes nationaux et locaux de santé, particulièrement en matière de prévention générale, de protection maternelle et infantile (PMI), de protection sanitaire en milieux spécifiques, de maîtrise de la croissance démographique, de planification familiale et de promotion de la santé reproductive ;
- De veiller au respect de la hiérarchisation des soins, en développant notamment toutes actions visant la promotion des soins de base ;
- De développer toutes actions de prévention et de lutte contre la toxicomanie particulièrement en direction des jeunes ;
- De veiller à la répartition équilibrée des ressources humaines, matérielles et financières sans préjudice des attributions dûment conférées aux directeurs régionaux de la santé et au chef d'établissement de santé ;
- D'initier et de développer toute action de communications sociales, notamment d'éducation sanitaire, en relation avec les associations socioprofessionnelles et autres partenaires concernés ;
- De veiller à la mise en place du dispositif en matière de collecte, d'exploitation, d'analyse et de transmission d'information sanitaire, épidémiologiques ;
- D'animer, de coordonner et d'évaluer le fonctionnement des structures de santé ;
- De veiller à la mise en œuvre des mesures relatives à l'entretien et à la maintenance des infrastructures et établissements publics et privés de santé ;
- D'établir les autorisations relatives à l'exercice des professions de santé et d'en assurer le contrôle ;
- D'établir les plans d'urgence en relation avec les autorités concernés et de participer à l'organisation et à la coordination des secours en cas de catastrophe, quelle que soit sa nature ;
- D'étudier et de suivre dans le cadre des règlements et procédures établis, les programmes d'investissements ;

¹ : voir : le décret exécutif n° 97-261 du 14 juillet 1997, fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des Directions de la Santé et de la Population (DSP).

- De suivre et d'évaluer l'exécution des programmes arrêtés en matière de formation et de perfectionnement des personnels de santé ;
- De superviser et de veiller au bon déroulement des concours et examens professionnels.

B2) : au niveau communal :

La loi 90-08 dans son article 100, stipule que «conformément aux normes nationales, la commune prend en charge la réalisation et l'entretien des centres de santé et des salles de soins »¹.

Néanmoins, Dans le cadre de l'hygiène, de la salubrité et de l'environnement, la commune à la charge de préserver l'hygiène et la salubrité publique notamment² : de distribution d'eau potable, d'évacuation et de traitement des eaux usées et des déchets solides, de lutte contre les vecteurs de maladies transmissibles, de protection de l'environnement et de lutter contre la pollution.

A cet effet et pour assister le président de l'APC dans la mise en œuvre de ses missions de prévention sanitaire, d'hygiène et de salubrité publique telles que fixées par le décret n° 81-267 du 10 octobre 1981, il est mis à sa disposition par chaque secteur concerné, un personnel technique regroupé au sein d'un bureau dénommé « bureau d'hygiène communal »³.

Alors que, l'article 2 du décret 87-146 du 30 juin 1987 portant création de bureaux d'hygiène communale, stipule que sous l'autorité du président de l'APC, ce bureau prépare les instruments, actes et dossiers techniques requis par l'action des organes de la commune et le contrôle permanent de l'hygiène et de la salubrité publique au niveau de la commune⁴.

Ainsi, ce bureau est chargé en liaison avec les services concernés :

- D'étudier et de proposer toute mesure visant à garantir le contrôle permanent de l'hygiène et de la salubrité dans tous les établissements et lieux publics ;
- De proposer le cas échéant, de mettre en œuvre toute mesure ou programme de protection et de promotion de la santé de la collectivité, notamment en matière de lutte contre les maladies transmissibles et contre les vecteurs de ces maladies ;
- D'organiser la lutte contre les animaux nuisibles et faire procéder à la mise en œuvre des opérations de désinfections de dératisation et désinsectisation ;
- De veiller à la réalisation et le cas échéant, de mettre en œuvre le contrôle :
 - De la qualité bactériologique de l'eau destinée à la consommation domestique et en assurer le traitement lorsqu'il ne relève pas en outre d'organismes publics en particulier ;

¹ : Article 100 de la loi 90-08 du 07 avril 1990 relative à la commune.

² : Article 107 de la loi 90-08 du 07 avril 1990 relative à la commune.

³ : Art 1 du décret n° 87-146 du 30 juin 1987 portant création de bureau d'hygiène communal.

⁴ : Art 2 du décret n° 87-146 du 30 juin 1987 portant création de bureau d'hygiène communal.

- De respect des conditions de collecte, d'évacuation et de traitement des eaux usées et de déchets solides urbains ;
- De qualité des denrées alimentaires et produits de consommation produit, stockés et/ou distribués au niveau de la commune ;
- De la qualité des eaux de baignade.

De ce fait, le bureau d'hygiène communal peut-être institué pour chaque commune comptant une population égale ou supérieure à 20.000 habitants. Il peut également être institué pour deux ou plusieurs communes¹. Ce bureau est créé par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et des collectivités locales, du ministre des finances, du ministre de la santé et du ministre de l'hydraulique, de l'environnement et des forêts sur proposition des walis, et dirigé par un médecin placé sous l'autorité du ou des P/APC concernés et comprend en outre² :

- 1 à 4 techniciens supérieurs ou techniciens de santé publique ;
- 1 à 2 techniciens supérieurs ou techniciens de l'environnement ;
- 1 à 2 techniciens supérieurs ou techniciens de l'agriculture ;
- Un (1) vétérinaire, technicien supérieur ou technicien de santé animale ;
- Un (1) inspecteur ou inspecteur adjoint de contrôle de qualité (art 6 du décret 87-146)

Une fois créé, le ou les présidents d'APC concernés mettent à la disposition de ce bureau, le personnel nécessaire à l'accomplissement de tâches administratives, ainsi que les moyens matériels et locaux nécessaires à son installation et son fonctionnement.

Ainsi, vu la spécificité de la mission dévolue aux personnels du bureau d'hygiène communal, le président de l'APC dispose à l'égard du personnel d'un pouvoir disciplinaire et de notation. Toutefois les sanctions de troisième degré relèvent de l'autorité ayant pouvoir de gestion à l'égard du corps auquel appartient l'intéressé³.

En définitive on peut dire que la décentralisation est un type de relation entre le pouvoir central et les institutions territoriales en excluant tout pouvoir politique au bénéfice des collectivités territoriales. Ainsi, Le principe de libre administration donne une certaine autonomie, sous réserve qu'elle respecte les prérogatives de l'Etat.

Cependant, la prise en compte du développement durable par les communes est relativement récente même dans les pays développés et les difficultés de sa mise en œuvre sont réelles. Le développement durable représente aujourd'hui plus une norme qu'un ensemble de

¹ : Art 3 du décret n° 87-146 du 30 juin 1987 portant création de bureau d'hygiène communal.

² : Art 4 du décret 87-146, op. cit.

³ : Art 9 du décret n° 87-146, op.cit.

changements entrés dans la pratique. La décentralisation permet de poser des problèmes très importants au niveau local et d'inciter au changement.

Néanmoins, malgré le rôle important que jouent ces entités territoriales dans l'organisation et la gestion de la santé de ses populations, les dépenses sanitaires restent en augmentation, et les coûts des soins demeurent élevés et non maîtrisés. C'est pour cette raison qu'actuellement ; on s'interroge sur les méthodes utilisées pour évaluer ces coûts et ces dépenses de soins, ainsi que sur les solutions nécessaires.

Conclusion au chapitre II

Le service public local au niveau des pays avancés est devenu une dimension très importante du service public en général. En effet, afin d'être à la hauteur de ses responsabilités, le service public local doit clarifier ses objectifs et ses principes d'action, expliciter les formes de régulation qu'il met en œuvre. Il est donc un élément important de toute stratégie de développement durable construite sur un territoire.

Néanmoins, malgré que le service public soit souvent critiqué, les collectivités locales qui doivent mettre réellement en pratique le développement durable, ont la possibilité de revaloriser le service public en montrant son efficacité dans ce domaine

Par ailleurs, la décentralisation représente un type de relation entre le pouvoir central et les institutions territoriales en excluant tout pouvoir politique au bénéfice des collectivités territoriales. Le principe de libre administration donne une certaine autonomie, sous réserve qu'elle respecte les prérogatives de l'Etat, « car «'libre administration'» ne signifie pas 'libre gouvernement' »¹.

En outre, la prise en compte du développement durable par les communes est relativement récente, même dans les pays développés ; et les difficultés de sa mise en œuvre sont réelles. En effet, le développement durable représente aujourd'hui plus une norme qu'un ensemble de changements entrés dans la pratique, et la décentralisation permet de poser des problèmes très importants au niveau local et d'inciter au changement.

Cependant, pour ce qui est de la gestion de la santé, l'accès aux soins de santé pour tous est un objectif prioritaire de la politique de santé nationale. Mais, cet objectif sera mieux réalisé avec la mise en œuvre des programmes locaux ou régionaux de santé, en visant à faire évoluer les dispositifs de prévention et de soins vers des réponses mieux coordonnées, suffisamment précoces et mieux adaptées aux besoins des différentes catégories de populations, y compris des personnes en situation d'instabilité.

Quoique, Le passage en revue de l'évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement du système de santé national depuis l'indépendance à nos jours, nous a permis de mettre en exergue la principale caractéristique de ce système qui, malgré toutes les modifications et réformes qu'il a connu jusqu'à aujourd'hui, il demeure statique en terme de résultat et n'évolue qu'à travers la réflexion de ses sources de financement et ses modes de gestion et d'organisation.

L'étude du système de santé nationale depuis l'indépendance à nos jours ; nous a donc permis de dire que :

¹ : Kaid-tlilane.N, op cit, p 18.

- Le système de santé algérien manque énormément d'informations crédibles lorsqu'elles existent. Généralement, il fonctionne sans données statistiques concrètes qui sont la base de toute politique de santé. en effet, au niveau des statistiques mondiales de la santé, l'espace réservé à l'Algérie est généralement vide, étant donné la non disponibilité de l'information. Par conséquent, tout essai d'évaluation de l'état de santé de la population est destiné à l'échec et son perfectionnement devient impossible ;
- La mise en place d'une politique d'encouragement de la médecine privée, ne peut ni renforcer l'extension de la médecine préventive, ni garantir l'accès aux soins d'un nombre important d'individus, cependant, cela va plutôt aggraver les inégalités sociales et régionales ainsi que le taux du chômage, aussi bien au niveau sanitaires qu'au niveau des autres activités ;
- La répartition géographique d'encadrement sanitaire, matérielle et humaine, est inégale, ce qui entraîne un renforcement des différenciations sociales dans l'accès aux soins ;
- L'augmentation des dépenses attribuées aux médicaments et au matériel médicale, et la réduction de celle de prévention à cause de la favorisation de la médecine curative par rapport à la médecine préventive ;
- Il existe un événement paradoxal entre les discours politiques et la réalité sur le terrain, ce qui ne permet pas d'observer réellement l'efficacité de l'application des politiques de santé et l'impact de ces dernières sur l'état de santé de la population.

Cependant, aujourd'hui, l'Algérie est l'un des pays en voie de développement, qui détient un vaste réseau sanitaire et une grande richesse en ressources humaines. Par ailleurs, la crise économique a freiné tous les efforts et a entraîné l'arrêt de certaines infrastructures faute de consommable de médicaments essentiels et de maintenance de plateaux techniques. Cela a engendré des inégalités au niveau du territoire national en matière d'offre de soin de santé aussi bien matérielles que humaines, ce qui explique les effets externes que connaît le pays en matière de santé, à savoir les effets de congestion et d'encombrement qui causent la croissance des coûts sanitaires.

Par ailleurs, la mise en œuvre des réformes visant à améliorer la performance du système national de santé est désormais inévitable. Ces réformes constituent un changement complexe qui réclame, une volonte politique, un démarrage graduel par étapes, ainsi que d'une prise en compte des problèmes prioritaires du pays en matière de santé.

Pour cela, les aspects retenus pour l'analyse des problèmes de santé exigent que l'en dépasse les outils habituels qui sont les analyses statiques et schématiques. À fin de mettre fin à ces effets externes et dans le but de pouvoir maîtriser les coûts et les dépenses sanitaires, il est indispensable d'étudier et d'évaluer les outils de calcul des coûts qui existent actuellement en Algérie à savoir celui de la comptabilité analytique hospitalière, voir ces avantages et inconvénients. C'est ce qui fera l'objet du troisième chapitre.

Introduction au chapitre III

La progression des dépenses de soins préoccupe plus les sociétés que la progression de quelconque autre consommation. En effet, le financement du service public de la santé est de plus en plus difficile à assurer, en particulier pour les pays en voie de développement.

Néanmoins, cette croissance des dépenses de santé constitue un phénomène commun à la plupart des pays développés et en voie de développement. C'est lié en particulier aux phénomènes structurels, à savoir le développement technologique dans les secteurs médicaux, l'apparition des nouvelles pathologies, l'augmentation de l'espérance de vie et en fin la biotechnologie. Cependant, c'est le constat de l'évolution progressive des dépenses de santé qui a permis véritablement le développement de l'économie de la santé. Toutefois, « il est généralement constaté que les dépenses de santé croissent avec la richesse des pays »¹. A cet effet, le montant des dépenses de soins peut être un bon indicateur de développement économique. Quoique, la progression des dépenses de santé dans la plupart des pays développés a été plus rapide que celle de la richesse nationale. Face à ce danger économique de la santé, où la consommation médicale augmente plus vite que le PIB des actions urgentes doivent être menées, afin d'agir sur une régulation rationnelle des dépenses à tous les niveaux de la hiérarchie sanitaire.

Ainsi, le problème général est celui du contrôle des coûts sans cesse croissants. Pour cela, l'intervention de l'économie au service de la santé publique tend à défendre au mieux les intérêts du malade, en privilégiant la mise en œuvre d'interventions qui offrent les meilleurs bénéfices thérapeutiques et humains, par unité monétaire investie.

En effet, dans le but de pouvoir maîtriser les dépenses de santé et de contrôler les coûts, il faut engager des actions sanitaires, réalisant un maximum de production de soins avec un minimum de ressources. Dans ce contexte, l'introduction de nouvelle technologie de management et de gestion dans le domaine sanitaire, la mise en place d'une politique de rationalisation des dépenses budgétaire, notamment par l'action sur l'offre et la demande de soins, la réforme de la comptabilité hospitalière, l'identification des priorités sanitaires majeures, la sensibilisation des différents acteurs face aux problèmes économiques de la santé, ainsi qu'une réorganisation des structures de soins pour l'offre de prestation de qualité restent les exigences légitimes, conditionnant la pérennité du système national de soins et de la sécurité sociale.

C'est pour cette raison que désormais la maîtrise des dépenses de santé en Algérie s'inscrit parmi les axes les plus importants du nouveau projet des réformes sanitaires amorcé par le ministère de la santé et de la population et des réformes hospitalières. Ainsi, l'instruction N°

¹ : Berseniak.A et Duru.G, Economie de la santé, Masson, Paris 2001, 216pages.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

15/MSP/MIN/du 03/10/2001 met en place le calcul des coûts par une méthode des sections homogènes dans les établissements de santé, afin de maîtriser les coûts, où ce qui est aussi appelée « la comptabilité analytique de gestion hospitalière ».

Ce faisant, notre troisième chapitre ici présent, sera scindé en trois sections, en commençant par une présentation générale de la comptabilité analytique, de ses objectifs et de ses caractéristiques en première section. La seconde section sera consacrée à démontrer l'organisation de la comptabilité analytique dans les établissements hospitaliers, puis en troisième section on verra la nécessité de la mise en place d'une comptabilité analytique en milieu sanitaire et ses différents principes.

Section 01 : Introduction à la comptabilité analytique

La comptabilité analytique est restée pendant une longue période le fait des grandes entreprises économiques à but lucratif. Cependant, la rigueur budgétaire qui s'impose au fonctionnement des organisations ces dernières années, s'est traduite au niveau de l'établissement hospitalier par la nécessaire recherche d'une autonomie de gestion, dans l'objectif de pouvoir disposer d'une certaine liberté afin d'arriver à la satisfaction des besoins des malades et ce à moindre coûts.

Néanmoins, afin que cet objectif puisse se réaliser, il fallait adapter la comptabilité analytique hospitalière, qui devait permettre une meilleure connaissance de la formation des coûts hospitaliers. Or, il nous est impossible de passer à l'étude de cette méthode sans avoir étudié a priori ce qui est la comptabilité analytique.

1 -1 : Définition et objectifs d'une comptabilité analytique

1-1-1 : Définition de la comptabilité analytique

La comptabilité consiste en une technique quantitative de traitement de l'information, ce qui suppose déjà l'existence d'un processus de saisie, d'enregistrement, de classement et de synthétisation de l'information. En outre, la comptabilité bénéficie d'une longue pratique, au sein des différentes organisations, ce qui a contribué à son développement, puisque aujourd'hui, son usage est devenu universel

Toutefois, la comptabilité ne constitue pas une méthode neutre, du moment qu'elle est organisée en fonction des besoins de ces utilisateurs, qui favorisent le type de comptabilité qui pourra répondre au mieux à leurs demandes.

En effet, une comptabilité générale pourra soulever plusieurs interrogations qui vont inciter ces utilisateurs à faire appel à d'autres techniques, telles que les techniques budgétaires, et vice versa, ces techniques ne pourraient pas se passer des informations fournies par la comptabilité

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

générale. Les informations fournies par cette dernière sont strictement réglementées et limitée à un but d'enregistrement statique, d'où la nécessité d'une comptabilité de gestion, dans l'objectif de connaître des coûts et de déterminer la base d'évaluation de certains éléments du bilan.

La comptabilité analytique est donc un outil de gestion conçu pour mettre en relief les éléments constitutifs des coûts et des résultats, de nature à éclairer les prises de décision. En outre, « le réseau de l'analyse à mettre en place, la collecte et le traitement des informations qu'il suppose dépendent des objectifs recherchés par l'utilisateur »¹.

Cependant, dans notre étude, on insiste sur la comptabilité analytique de gestion tout en estimant qu'elle est la mieux adaptée aux spécificités d'un secteur de prestation de service, tel que l'établissement sanitaire².

La comptabilité analytique n'est donc pas une fin en soi, mais avec ses résultats, on peut évaluer et contrôler la gestion, et agir alors sur les coûts, de telle façon à permettre la confirmation de l'ajustement des opérations de l'année précédente.

Ainsi, tous les résultats obtenus par la comptabilité analytique représente des instruments au service de tous, sans oublier avant toute utilisation des résultats qu'un coût résulte du traitement d'information, d'où la nécessité de s'assurer de la fiabilité de recueil du traitement de l'information, mais aussi de s'assurer de la manière dont on doit utiliser les résultats.

En effet, il y a plusieurs façons d'utiliser les résultats de la comptabilité analytique : il y a celle de la mise en cause de tels coûts par rapport à une activité donnée, ou bien entre l'évolution des dépenses d'un service à un autre, entre les composantes des coûts et la gravité des maladies à traiter. Néanmoins, dans cette méthode, la plupart des utilisateurs sont limités, mais tout dépend de la capacité des agents responsables dans le domaine de l'analyse des coûts.

1 -1-2 : Les objectifs de la comptabilité analytique

La comptabilité analytique permet aux entreprises le traitement de l'information comptable par une analyse approfondie des charges. Elle permet de repérer et quantifier les coûts internes de l'entreprise et de préciser les confirmations de chaque activité ou de centres de responsabilités.

¹ : Dubrulle.L, Jourdain.D, comptabilité analytique de gestion, 4^{ème} édition, DUNOD, Paris, 2003.

² : En plus, rappelons que la comptabilité avait subit une transition, depuis quelque années, qui résulté du développement du secteur des prestations de services et de l'évolution des techniques managériales. Les anglo-saxons l'appelaient « accounting management ou CAG ou bien CA de management, qui représente la comptabilité des services. Alors qu'avant c'était plus une CA d'exploitation, qui est la C industrielle (industrial accounting). Autrement dit, vers les années 80, les premières applications de la C A d'exploitation dans les secteurs serviciels, avaient donné la comptabilité de gestion.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

Néanmoins, l'application de ce système d'information considéré comme « un outil de contrôle ou de gestion et de préparation des décisions »¹ constitue deux principales conditions qui sont :

- Arriver à adapter le système d'information à la structure organique de l'entreprise ;
- Prendre en considération des activités d'exploration particulières, en deux notions d'organisation, indiquent que chaque entreprise a son système d'information pour la réalisation de sa comptabilité analytique.

Toutefois, Margerin.J a attribué à la comptabilité analytique trois principaux objectifs, qu'on peut résumer comme suit² :

A)-Calcul des coûts des biens et services proposés par l'entreprise : la détermination des coûts des différents services proposés par l'entreprise sur le marché, constitue historiquement le premier objectif assigné à la comptabilité analytique et correspond à **une optique de produits**. En effet, l'objet de la comptabilité analytique consiste dans ce cadre à ventiler entre les différents produits ou services proposés à la clientèle, les différentes charges classés par nature en comptabilité générale (main d'œuvre, matières premières et autres charges regroupés le plus souvent dans la pratique, sous l'appellation de « frais généraux »).

Par ailleurs, ce premier objectif permet de répondre aux besoins de gestion des entreprises en situation d'économie de production qui se caractérise par une offre globale inférieure à la demande du marché. En effet, pour vendre il suffit de produire, quoique « le problème de l'entreprise consiste à fixer ses prix de vente et de surveiller par la suite l'évolution des coûts de revient, afin de réagir sur ceux de vente en cas d'augmentation des coûts »³.

B)-Contrôle de gestion : en comptabilité analytique, il ne suffit plus de produire pour vendre, ni même de savoir vendre pour réussir, mais le succès de l'entreprise dépend de sa capacité à adopter son offre à la demande et à maîtriser ses conditions internes d'exploitation, tout en essayant de prévoir des événements afin de s'adapter à une situation de plus en plus évolutive.

En effet, la comptabilité analytique constitue un outil de prévision et de contrôle, lorsque le développement des structures, de délégation et de décentralisation exige un véritable pilotage économique de l'entreprise dont le contrôle présuppose la prévision.

¹ : Margerin.J et Ausset.G, comptabilité analytique, édition sedifor ; Paris, 1990 ; P127.

² : Pour plus de détails, se référer à : Margerin.J et Ausset.G, comptabilité analytique de gestion et d'aide à la décision, édition Sédifor, Paris, 1984, P 231.

³ : Belala.K, comptabilité analytique, dossier pédagogique de post graduation spécialisée en finance et comptabilité ; ENSP, février 2005, 28pages.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

C)-Analyse économique et prise de décision : Ce troisième objectif est lié au développement des structures et des délégations, qui se traduisent à la démultiplication des pouvoirs de décision au sein de l'entreprise et au progrès du raisonnement économique imposé par le besoin de rationaliser les décisions.

Néanmoins, dans ce cas, la comptabilité analytique a pour but de reclasser les charges de la comptabilité générale, selon leur destination, et de constituer les éléments privilégiés de la banque d'information économique interne à l'entreprise, à laquelle tout responsable doit pouvoir accéder, afin d'obtenir les informations nécessaires à la prise de décision qui lui incombent.

En outre, Gibert.P et Lavergne.PH considèrent la comptabilité analytique dans la gestion moderne comme « Un outil de gestion indispensable à toute organisation qui fabrique plus de produit ou propose plus d'un type de prestations »¹.

En plus, la comptabilité analytique a pour autres objectifs :

- ✓ De connaître les coûts des plusieurs fonctions assumées par l'entreprise ;
- ✓ De déterminer les bases d'évaluation de certains éléments du bilan de l'entreprise ;
- ✓ D'expliquer les résultats en calculant les coûts des produits, biens et services pour les comparer aux prix de vente correspondant ;
- ✓ De maîtriser les dépenses de santé ;
- ✓ De pouvoir faire un outil d'aide à la maîtrise de la gestion, par exemple : établir un tableau de bord pour la maîtrise des coûts ; combien coûte une journée d'hospitalisation calculée selon une même méthode « méthode de calcul des coûts par sections homogènes », ce qui permettra aux gestionnaires financiers de l'établissement à élaborer un budget prévisionnel et sa négociation.

1-2: Les démarches suivies en CA et la méthode de calcul des coûts

1-2-1: Les démarches suivies en CA : un système d'analyse des problèmes concrets de gestion constitue une démarche spécifique découlée des caractéristiques et objectifs de la comptabilité analytique.

En effet, trois principales étapes ; définies par **Lacrampe S.** constituent les démarches suivies en CA, et qui se présentent comme suit² :

➤ **Première étape :** Identification des différents besoins de l'entreprise, d'où la nécessité de l'analyse des situations et objectifs poursuivis.

¹ : Gibert.P et Lavergne.PH, l'analyse des coûts pour le management, édition economica, Paris 1981, P 245-247.

² : Pour plus de détails, voire : Lacrampe.S, analyse et contrôle des coûts, principes et système, édition Masson ; Paris 1978, P14-15

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

- **Deuxième étape :** Elaborer un système spécifique adapté aux problèmes identifiés à l'aide des outils classiques disponibles.
- **Troisième étape :** réviser les systèmes mis en place. l'information qu'ils apportent doit être pertinente.

1-2-2 : Méthode de calcul des coûts : l'approche classique de la CA trouve son origine dans la classification des différentes méthodes et application de son système. Néanmoins, la nécessité de connaître la méthode et ses principes de calcul reste liée à la spécificité de l'activité de chaque entreprise. Cependant, dans cette méthode trois approches se présentent : l'approche classique, l'approche prévisionnelle et enfin l'approche économique¹.

Toutefois, avant de procéder à l'étude de l'approche classique, il est nécessaire de commencer par la définition de la notion du coût et de charge et ses formes :

A): Notions de coûts et de charges² : la notion de charge ne peut pas être considérée comme concept de coût. Néanmoins, la définition de ces deux notions dépend du découpage du produit. Un coût est donc « la somme d'éléments de charges qui, pour une marchandise, un bien ou même une prestation de service ne correspondent pas au stade final d'élaboration du produit vendu »³.

A1) : Les coûts et les charges fixes : on appelle un coût fixe « les coûts correspondant aux facteurs qui ne varient pas avec le niveau de production »⁴.

En outre, les coûts fixes « sont des coûts constitués de charges fixes, c'est-à-dire des structures qui généralement n'évoluent pas avec le volume d'activité »⁵.

Par ailleurs, une charge est dite relativement fixe si son niveau est indépendant du taux d'utilisation des capacités disponibles ou installées. Se sont principalement des charges d'amortissement, d'assurance, de loyers, des frais d'entretien non liés à l'utilisation des équipements, des frais d'abonnement de téléphone, de gaz, d'électricité, du personnel administratif, etc.

A2) : les coûts et les charges variables : les coûts variables correspondent « aux facteurs de production qui fluctuent avec le niveau de production »⁶.

¹ : Les entreprises peuvent commencer par le choix d'une des méthodes de l'approche classique, puis allant vers l'approche prévisionnelle, pour terminer avec l'approche économique.

² : Ce point sera plus détaillé en section 02 de ce chapitre.

³ : Derguoum.M, économie de la santé, dossier documentaire, ENSP, octobre 2000 ; 35pages

⁴ : M^{er} Ali-Ziane.MO, Maître de conférences à l'université de BOUMERDES, notes de cours d'économie de la santé, ENSP, 2003-2004.

⁵ : Arhab .S, Essai de mise en place d'une Cade gestion et de calcul des coûts. Cas d'un hôpital, sous la direction de M^{er}Ali-Ziane.MO, maître de conférences à l'université de BOUMERDES, ENSP, Alger 1999.

⁶ : M^{er} Ali-Ziane.MO, op cit, p 5.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

D'autre part, les coûts variables sont des « charges qui varient en fonction du volume d'activité »¹.

En revanche, une charge est dite variable si son niveau dépend du taux d'utilisation des capacités installées. Se sont par exemple, les charges de matière première, de main d'œuvre productrice, d'énergie, etc.²

A3) : Les coûts et les charges directes : En premier lieu, il est nécessaire d'éclaircir la confusion qui existe entre les coûts fixes et variable avec celle de coûts directs et indirects. En effet, les coûts fixes et les coûts variables peuvent être directs ou indirects. Autrement dit, un coût direct ne concerne qu'un seul produit ou service³.

Ainsi, les charges directes représentent des charges qui concernent les coûts d'un seul produit ou d'une seule commande et ces charges sont affectées aux coûts. Les charges directes constituent deux principales catégories qui sont :

- La main d'œuvre directe : se sont des frais de personnel, résultant des travaux effectués sur un seul produit.

- Les matières et les fournitures : il s'agit des charges directes qui entre dans la composition des produits fabriqués.

Néanmoins, on retrouve d'autres charges directes telles que les amortissements d'un atelier où ne passe qu'un seul produit également direct. Mais bien qu'elles puissent être traitées à part, comme les charges directes citées ci-dessus, elles sont le plus souvent traitées avec les charges indirectes.

A4) : Les coûts et les charges indirects : Les coûts indirects concernent plusieurs produits, voire l'ensemble de la consommation de l'entreprise. Ils transitent par le centre d'analyse (sections) afin de pouvoir être imputés.

Cependant, les charges directes sont aisément affectées aux coûts, sans calculs intermédiaires, alors que les charges indirectes doivent être analysées et réparties avant leur imputation.

A5) : Le croisement des caractéristiques de charges variables, charges fixes, charges directs et charges indirectes : le tableau suivant montre que c'est à partir de la double répartition des charges en charges fixes, variables, directes et indirectes que se sont élaborés les principaux systèmes de coûts.

¹ : Belala.K, op cit, p23.

² : Notons dans ce cas que la variation de ces charges ont une partie fixe qui représente les frais d'abonnement et une partie variable qui représente la consommation d'énergie.

³ : Voici un exemple pour faire la différence entre les coûts directs variable et les coûts fixes directs :

Coût variable direct : la dépense de médicament : car il est possible d'identifier la consommation de chaque patient et lui imputer directement le montant de la dépense qui est variable.

Coût fixe direct : le salaire du personnel du service. L'effectif est considéré fixe.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

Tableau N° 05 : Croisement des charges

Natures des charges	Charges directes	Charges indirectes
Charges variables	-matière première. -main d'œuvre des ateliers où ne passe qu'un seul produit et dans la mesure où le salaire a un rendement.	-Energie électrique. -Publicité. - Matière consommable. -Fourniture de bureau.
Charges fixes	-Amortissement du matériel des ateliers où ne passe qu'un seul produit. -Frais de mise en route d'une série. -Encadrement du personnel dans un atelier où ne passe qu'un seul produit.	-Impôts directs. -Assurances. -Frais administratifs.

Source : Bouniar.L, op cit, p 16.

B) : L'étude de l'approche classique : cette approche englobe deux différentes méthodes de calcul des coûts : la méthode du coût complet et la méthode du coût partiel.

B1) : La méthode du coût complet : la mesure du coût complet est une tâche relativement difficile. En effet, la difficulté réside dans le choix des charges qui entrent dans les calculs. Le coût de revient complet d'un objet ou d'une prestation de service est formé par la somme des coûts de cet objet ou de cette prestation de service, au stade final de la livraison au client. Néanmoins, connaître les coûts complets des objets achetés, transformés ou vendus d'une entreprise est une information utile, qui permet :

- De contrôler l'efficacité de l'exploitation ;
- D'évaluer les résultats analytiques ;
- De comparer la structure des coûts de l'entreprise et celle des concurrents ;
- De fixer plus sûrement les prix de vente et d'étudier leur évolution ;
- De connaître la valeur des stocks ;
- D'apprécier la rentabilité de l'exploitation.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

Par ailleurs, l'entreprise industrielle achète des matières qu'elle transforme en produits qui seront vendus. En revanche, l'entreprise commerciale achète des marchandises qu'elle revend sous forme de prestations de services.

Toutefois, cette méthode décompose les coûts de revient par stade et prépare le contrôle de gestion, puisqu'elle constitue une technique d'imputation perfectionnée qui réduit la plupart des charges communes indirectes et qui permet de déterminer des centres de responsabilités. Cependant, elle ne distingue pas entre les charges fixes et les charges variables et elle donne illusion que l'on peut calculer avec précision les coûts complets.

B2) : La méthode des coûts partiels : cette méthode correspond au « direct costing », un nom anglo-saxon qui ne renvoie pas à une méthode fondée sur la distinction entre les charges directes et les charges indirectes, mais qui traduit en revanche la liaison directe entre la charge et le produit concerné qui exprime la variation du coût en fonction de la quantité produite ou vendue.

Par ailleurs, cette méthode du direct costing s'est développée dans les années 1950 afin de répondre à certaines critiques présentées à l'encontre de la méthode des coûts complets. Ainsi, cette méthode vise à éliminer les répartitions des charges de structures.

En outre, la méthode du direct costing nous permet de déterminer les branches les plus rentables de l'exploitation de l'entreprise, ainsi que la détermination rapide des bénéfices réalisées sur les ventes. En revanche, on constate dans cette méthode l'absence des résultats analytiques par branche d'activité. Aussi, les charges fixes ne sont supportées que par les produits vendus et les stocks des produits sont sous évalués, car ils sont valorisés uniquement en coûts variables de production.

On peut alors conclure, qu'au sein d'une entreprise, deux principales méthodes se présentent par le calcul des coûts d'un ou de plusieurs produits, à savoir celle des coûts complets et celle des coûts partiels et que chacune de ces méthodes présentent des avantages et des inconvénients. Néanmoins, le choix d'utiliser l'une de ces deux méthodes consiste à étudier le système de composition des coûts par produit, qui présume les charges de structures et les charges opérationnelles de l'entreprise. Cependant, on se demande qu'en est-il du calcul des coûts au sein d'un établissement public de santé.

Section 02 : Le calcul des coûts dans un établissement public de soins

La situation du financement de la santé, ainsi que la non maîtrise des dépenses de soins ont eu des répercussions négatives sur la qualité et la quantité des prestations fournies par le secteur public.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

En plus, la mondialisation de l'information et l'amélioration générale du niveau de l'éducation ont rendu la population plus exigeante en matière de soins moderne et de qualité. Cependant, afin de pouvoir faire face à cette demande de soins qui ne cesse d'augmenter, la réforme de la gestion hospitalière a dû recommander l'élaboration de la mise en œuvre rapide d'un plan comptable adapté aux activités de tous les établissements de santé.

Néanmoins, ce mode de réorganisation dicté par la réforme devra faire adapter les établissements de soins à ce nouvel environnement qui les oblige à faire évoluer leur méthode de comptabilité en intégrant la pratique de la comptabilité analytique comme outil de gestion et de contrôle. Ainsi, cette méthode devrait permettre la connaissance et l'analyse des coûts d'un côté et la maîtrise de leur évolution d'un autre côté. En revanche, avec cette nouvelle méthode, les établissements de santé doivent procéder à l'évolution correcte de leurs activités, en instituant un système d'information hospitalier fiable et informatisé.

Avant de procéder à l'étude de la comptabilité analytique de gestion hospitalière, il est nécessaire de passer en revue le système comptable hospitalier en Algérie.

2-1 : Le système comptable hospitalier algérien

La comptabilité des établissements publics des structures de santé en Algérie est gérée par un mode basé sur la réglementation française de 1899 modifiée et complété par le décret de 1942 à savoir celui de la comptabilité publique.

Ainsi, les règles comptables sont rassemblées afin de permettre l'exécution des opérations de recettes et de dépenses de l'établissement concerné¹. Néanmoins, les principes fondamentaux de la comptabilité publique sont évoqués par le décret exécutif N°91/313 du 07/09/1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables², ainsi que par la loi N°90/21 du 15/08/1990 relative à la comptabilité publique³.

2-1-1 : La comptabilité administrative : la comptabilité administrative des établissements sanitaires consiste dans l'exécution et le suivi des opérations relatives à l'engagement, la liquidation et le mandatement des dépenses du budget, tout en constituant le rapprochement des droits de prévisions budgétaires. En outre, cette comptabilité est tenue par l'ordonnateur qui est le directeur de l'établissement sanitaire. Toutefois, la comptabilité administrative est présentée en partie simple, où les opérations de dépenses et de recettes donne lieu à un double enregistrement, à savoir un enregistrement chronologique et un enregistrement méthodologique.

¹ : Il faut noter que la comptabilité des établissements hospitaliers est soumise à la comptabilité des communes, donc à l'organisation et aux principes de la comptabilité publique.

² : Décret exécutif N°91/313 du 07/09/1991 du journal officiel (J.O) N° 43 du 18/09/1991 fixant les procédures, modalités et contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables.

³: La loi N° 90/21 du 15/08/90 du J.O N° 35 du 15/08/90 relative à la comptabilité publique.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

- L'enregistrement chronologique est porté sur un bordereau journal des titres de recettes et un bordereau journal des mandats ;
- L'enregistrement méthodologique est quant à lui fait à partir des feuilles budgétaires, ouvert par articles budgétaires des dépenses classées par article du budget.

Par ailleurs, le compte administratif représente la balance de fin d'exercice des comptes tenus par l'ordonnateur après prise en compte du report du résultat de l'exercice précédent. En plus, ce compte administratif fait apparaître pour chaque exercice l'excédent ou le déficit de la clôture à reporter.

A partir du moment où les dernières recettes et mandat de paiement sont émis au plus tard à la clôture de l'exercice, l'ordonnateur arrête sur les feuilles budgétaires de dépenses et de recettes, le montant définitif des opérations budgétaires réalisées au cours de l'exercice, puis établit le compte administratif en tenant compte des éventuels virements ou transferts de crédits pratiqués au cours de l'exercice¹.

2-1-2 : La comptabilité de matière : l'article N° 01 du règlement de 1899 a obligé la tenue de la comptabilité de matière dans les établissements publics de santé, en la plaçant sous l'autorité du responsable des services économiques.

Dans la comptabilité de matière, on distingue trois différentes comptabilités qui sont comme suit :

A) : La comptabilité de la gestion : elle est représentée par une balance des stocks, établie annuellement lors de la clôture de l'exercice. On distingue dans ce présent document un relevé des stocks existants en quantité et en valeur pour chaque article du grand livre², ainsi que d'un procès verbale de la clôture des livres³.

B) : La comptabilité des stocks : elle est tenue au niveau des différents magasins hospitaliers et établie sous une organisation des magasins. La comptabilité des stocks est réalisée pour des périodes étudiées mensuellement, trimestriellement et annuellement afin d'établir le détail des articles en créant des bordereaux d'entrée, de sortie et des fiches de magasin, et donc de permettre pendant toute l'année de connaître de manière continue les existants en quantités et en valeurs de l'hôpital. L'enregistrement des mouvements de sortie et d'entrée se fait dans des livres et des fiches.

C) : La comptabilité d'inventaire : elle permet au sein de l'établissement de soins le suivi des immobilisations de tout le matériel et les équipements et outillages, ainsi que les équipements

¹ : On remarque ici que les données du compte administratif sont exactement comme celle du compte de gestion.

² : Le grand livre ou ce qu'on appelle un journal général des stocks est constitué d'un fichier avec une fiche par article stockés, qui présente le numéro du compte budgétaire, l'évolution mensuelle du prix d'achat unitaire moyen.

³ : Les livres ou le journal des stocks représente le document sur le quel on enregistre chronologiquement les entrées et les sorties en quantité et en valeur de tous les articles de l'établissement.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

médicaux de l'hôpital. En outre, la comptabilité d'inventaire est assurée par le suivi du registre d'inventaire et la tenue des fiches d'inventaire par article et service.

Ainsi, la comptabilité d'inventaire permet de trouver la date d'acquisition du matériel, le mode et le taux d'amortissement, le prix d'achat de ces objets, le service à qui on affecte ces matériaux et même le fournisseur qui a livré ces équipements.

2-1-3 : La comptabilité des malades : c'est celle tenue par le bureau des admissions. Cette comptabilité permet de donner des informations concernant le malade ; qui doit obligatoirement passer par ce bureau. Cette comptabilité permet le suivi des statistiques des malades par plusieurs critères à savoir :

- ❖ Le nombre des malades entrants et sortants, évacués, sous observation, décédés ainsi que le nombre des nouveaux nés ;
- ❖ La morbidité des malades ainsi que les causes du décès ;
- ❖ L'activité des services médicaux ;
- ❖ Le nombre de journée d'un malade (date d'entrée et de sortie) ;
- ❖ Le nombre des malades admis par spécialité, par âge et par sexe.

Cependant, malgré tout ce système comptable des établissements de soins en Algérie, ces derniers se trouvent face à des dépassements des crédits alloués a cause de la méthode de prévision existante, qui ne se base ni sur l'activité de l'établissement, ni sur le coût de l'hospitalisation ni même sur le taux d'inflation. Ainsi, la situation économique de l'hôpital s'aggrave et le mécanisme du système comptable s'expose.

De ce fait, à la fin de l'année 2001, le ministère de la santé et de la population établie un projet de mise en place d'un système de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de santé, basé sur la comptabilité analytique de gestion hospitalière. C'est ce qui fera l'objet des sous sections qui suivent.

2-2 : Présentation de la Comptabilité analytique de gestion hospitalière (CAGH)

2-2-1 : Définition de la CAGH : on peut définir la CAGH comme un outil de gestion et un mode de traitement des données. C'est un instrument d'information utile dans la gestion à court terme et dans l'établissement de plans à long terme. La CAGH est considérée comme un outil d'aide à la décision, privilégié pour l'évaluation microéconomique des performances. C'est aussi un outil d'analyse des résultats permettant le contrôle du rendement et de la rentabilité. C'est donc un outil de base pour la prévision des charges et des produits.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

Néanmoins, il faut préciser que gérer consiste dans l'allocation des ressources afin d'atteindre un objectif, et la personne qui décide de l'allocation des ressources internes¹ à l'établissement de santé consiste dans le directeur de ce dernier.

Avec la CAGH, le gestionnaire a la possibilité d'utiliser l'information fournie par cette dernière sur le niveau de consommation de chaque activité ou service, ainsi que le niveau de production des soins correspondants, lui permettant d'avoir un historique en matière d'allocation des ressources afin qu'il puisse comparer entre plusieurs situations et choisir enfin celle qui offre un meilleur avantage : ressources consommées-résultat obtenue. Ainsi, on remarque que la CA est une comptabilité tournée vers le futur, puisqu'elle permet d'éclairer les décisions qui affectent l'avenir de l'établissement de soins, dans le sens où le gestionnaire utilise l'historique d'allocation des ressources afin de construire des modèles prévisionnels.

Par ailleurs, la CAGH prévoit le découpage de l'établissement de soins en plusieurs centres de responsabilité, dans le but de permettre une bonne gestion aux responsables professionnels utilisant les ressources de l'hôpital. A cet effet, chaque centre de responsabilité représente un lieu qui fournit les prestations de soins aux malades, mais aussi une première destination des ressources. Ajoutant à cela que les prestations fournies aux malades peuvent aussi constituer une ressource qui sera consommée par un autre centre de responsabilité.

Ainsi, la comparaison des résultats obtenus par les centres de responsabilité interdépendants va permettre une meilleure motivation des responsables à réaliser de bons résultats et à éviter d'être la cause de l'échec de l'autre.

C'est donc ainsi que la CAGH permet d'assurer la cohérence de toutes les activités et de mettre les différents acteurs hospitaliers devant leurs responsabilités.

2-2-2 : Les objectifs de la CAGH : la CAGH constitue un mode de traitement des données avec des objectifs sur le plan interne et d'autres sur le plan externe.

A):- Les objectifs internes de la CAGH : La CAGH permet aux gestionnaires hospitaliers la recherche d'une meilleure connaissance des coûts de fonctionnement par activité hospitalière, par centre de responsabilité, par période ou même par fonction. Néanmoins, ces informations vont être utilisées afin de réaliser les objectifs internes à l'établissement de soins, à savoir :

- L'anticipation de l'évolution de l'établissement de soins et la définition des stratégies futures ;
- Analyser les écarts et évaluer les engagements pris par chaque chef de service, au moment des négociations budgétaires ;

¹ : Les ressources constituent les moyens matériels, financiers, ainsi que tous les produits (médicaments, fournitures), mais aussi les personnels qui y travaillent.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

- Faire un choix interne de l'allocation des ressources ;
- La négociation avec les autorités de tutelle, en justifiant et en défendant son budget en s'appuyant sur des résultats du passé ;
- Faire la prévision du budget global de l'établissement de soins ;
- Pouvoir favoriser le dialogue avec l'ensemble des acteurs de l'établissement de soins, notamment le corps médical dont l'adhésion aux projets de l'hôpital est vitale ;
- Définir le budget par service ;
- « se situer grâce à des indicateurs de performance des activités et comparaison avec des références externes ou des normes standards »¹.

B): Les objectifs externes de la CAGH² : sur le plan macroéconomique, la CAGH permet une vision claire de la maîtrise des dépenses sanitaires, ce qui permet aux bailleurs de fonds et aux autorités de tutelle d'avoir des informations nécessaires, leur permettant l'évaluation des budgets globaux ainsi que les projets d'investissement divers, mais leur permet aussi l'allocation optimal des ressources affectées aux établissements de soins.

Ainsi, la CAGH permet d'éclairer les décisions des gestionnaires, mais aussi celles des autorités externes concernées par la santé, en leur fournissant tous les éléments d'information nécessaires.

Par ailleurs, la CAGH constitue un outil permettant de recenser toutes les dépenses et de cerner les coûts, soit par produit soit par centre de responsabilité, mais aussi d'identifier les charges directement imputables aux produits. En revanche, les charges indirectes seront allouées aux différents produits afin de permettre le calcul d'un coût complet selon les clés de répartition s'il faut choisir parmi les plus fiables et pertinentes.

2-3 : Les conditions de la mise en place de la CAGH en Algérie

Avant que la CAGH ne soit appliquée au niveau des établissements publics de soins, il fallait tout d'abord s'enquérir de la situation de l'information qui existait, de ses supports, de son traitement, mais aussi des moyens disponibles pour sa collecte et son analyse.

Après cela, il fallait choisir une organisation qui puisse permettre un décloisonnement des services et assurer une fluidité de la circulation de l'information, puis s'intéresser aux principes, règles et méthodes de cette comptabilité de gestion qui relève de la décision interne et qui ne doivent en aucun cas être en contradiction avec les conditions matérielles et organisationnelles du système d'information choisi.

¹ : Arhab.S, op cit, p15.

² : Il est nécessaire de préciser dans ce cas ; que le caractère externe de ces objectifs concernent précisément les objectifs des bailleurs de fonds par l'application de cette comptabilité hospitalière..

2-3-1 : Les systèmes d'information hospitaliers

« Le système d'information hospitalier (SIH) est constitué de l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires au fonctionnement quotidien de l'hôpital, de ses modes de gestion de d'évaluation, ainsi qu'à son processus de décisions stratégiques »¹.

Ainsi, l'établissement public de soins apparaît en tant qu'un système dynamique, composé de sous système avec des natures d'activités diversifiées, dont l'intérêt à l'information est utile à la caractérisation de chacun des sous systèmes.

Néanmoins, le système d'information à adopter, doit être assez souple ; pour permettre d'évoluer autant que de besoins en même temps de l'activité considérée, et par conséquent ; cette souplesse ne doit pas compromettre le choix de l'utilisation de l'unité de mesure de chaque activité dans le sous système.

Toutefois, au niveau des établissements publics de soins, avant la mise en place du système de CAGH, l'information restait gérée juste pour rendre compte à la tutelle de l'activité de l'établissement en terme quantitatif. En revanche, avec la CAGH, il est exigé à ces établissements de santé de transmettre périodiquement des rapports de divers ordres, à savoir :

- **Informations administratives**²: le but des ces information étant de savoir si les différents services de l'établissement de soins constituent une évaluation rationnelle de leur fonctionnement global, et aussi si on est en mesure d'une amélioration de la maîtrise de la gestion à travers l'exploitation des ces services en question.
- **Informations comptables** : c'est-à-dire tout ce qui concerne la situation des engagements et paiements accompagnée d'un état de la trésorerie³.
- **Informations sur la gestion médicale** : il s'agit des informations fournies du malade, depuis son entrée jusqu'à sa sortie. Mais, aussi les différentes prescriptions des différents services ayant reçus des malades, tous les actes de consultation, d'exploitation ou même des actes chirurgicaux dont tout malade bénéficie au sein de l'établissement. Néanmoins, tout cela exige une efficacité des services, ainsi que la responsabilité des acteurs à tous les niveaux.
- **Informations statistiques** : il s'agit de toutes les statistiques concernant le fonctionnement des services d'exploitation, à savoir le nombre de malades admis, le nombre de journée d'hospitalisation, la durée moyenne du séjour (DMS) par service, ou

¹ : Cette définition est donnée par la réglementation française relative à l'information des hôpitaux, ce qui est le cas le plus opportun pour l'Algérie.

² : Exemple : état de paiement immobilier, situation des effectifs par corps ; situation du matériel médical, etc.

³ : Ce document est élaboré trimestriellement et renseigne sur le niveau de consommation des crédits.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

même le taux d'occupation des lits, mais aussi les statistiques concernant le fonctionnement des autres services médicaux techniques à savoir l'activité de laboratoire, de radiologie, des blocs opératoires ou autres exploitations.

Par ailleurs, l'établissement public de soins consiste en un système composé en un ensemble de services organisés en fonction afin d'atteindre le but d'offrir des prestations de soins. En revanche, ce système peut être composé de trois sous système à savoir **le sous système d'information** qui a pour but de traiter l'information et la véhiculer entre les différentes composantes de cette organisation, **le sous système opérant** qui permet de réaliser toutes les tâches de l'établissement, telles que les exploitations, le transfert, l'hospitalisation, l'hôtellerie, les soins, etc, mais aussi **le sous système de pilotage** qui compte à lui considéré comme le système nerveux de l'organisation puisqu'il permet la prise de décision, la fixation des objectifs et des moyens à atteindre. Ce dernier sous système permet d'irriguer tous les niveaux de l'organisation depuis l'encadrement jusqu'aux exécutants.

Ainsi, une bonne gestion de l'établissement public de soins exige aujourd'hui la pertinence de l'information produite. En effet, l'information doit être précise, complète et diffusée au temps voulu à qui de droit, afin de pouvoir réagir vite et anticiper l'événement si possible¹.

A cet effet, l'installation d'un système d'information dépend de la conception de son tuteur², et il est donc orienté selon l'objectif fixé, tel que l'information de la clientèle, du personnel et l'information de gestion ou de contrôle. Cela pour dire en fin que pour le besoin de la CAGH, il fallait un système d'information (SI) hospitalier qui permettrait la satisfaction des objectifs recherchés

2-3-2 : le découpage analytique de l'établissement public de soins

Le découpage analytique de l'établissement public de soins n'a d'intérêt que s'il reflète de plus prêt que possible la réalité de chaque établissement de soins. En effet, ce découpage permet de refléter l'unanimité des réflexions en matière de CAGH et ce fait selon l'importance de l'activité. Ce découpage permet de retenir quatre fonctions essentielles et communes à tous les établissements hospitaliers.

- A)- Les fonctions principales :** - la fonction clinique ;
- la fonction médico-technique ;
 - la fonction hôtelière et technique ;
 - la fonction administrative.

¹ : Pour plus de détails, voir : Deguerny.J, Guiriec.J.C ; Lavergne.J ; les principes de la mise en place de tableau de bord de gestion, édition Delmasn6^{ème} édition, 1990.

² : C'est aussi le cas de la CAGH.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

Ces quatre fonctions constituent le nombre minimum d'activités majeures (AM) que n'importe quel établissement hospitalier doit avoir.

B)- Les activités majeures (AM)

- **Les activités majeures de la fonction clinique (FC) :** médecine, chirurgie, urgence, psychiatrie, hémodialyse.

- **Les activités majeures de la fonction médico-technique (FMT) :** Laboratoire, bloc opératoire, radiologie, consultation.

- **Les activités majeures de la fonction Hôtelière technique :** Hébergement, restauration, entretien, transport.

- **Les activités majeures de la fonction administrative :** la direction générale, la gestion du personnel, la gestion économique, la gestion du malade.

Néanmoins, chacune de ces activités majeures est subdivisée en activité de niveau inférieur selon la structure de chaque établissement.

C)- Les activités de niveau inférieur

- **les activités de médecine :** hospitalisation de médecine interne, de cardiologie, de maladie infectieuse, de pédiatrie, de néphrologie, de réanimation médicale, ou même d'anesthésie et de réanimation.

- **Les activités de chirurgie :** hospitalisation de chirurgie générale, de traumatologie, de chirurgie infantile, d'urologie, ou même de neurochirurgie.

-**Les activités majeures d'urgence :** urgence de médecine, de chirurgie, et de pédiatrie.

-**Les activités majeures de laboratoire :** laboratoire de biochimie, de microbiologie, d'anatomie pathologie, et le centre de transfusion sanguine.

-**Les activités de la radiologie :** scanner et autres imageries.

- **Les activités de bloc opératoire (BO) :** BO de chirurgie générale, de traumatologie, de neurologie, d'urologie, et d'urgence.

- **Les activités de consultation :** consultation de médecine interne, de cardiologie, de maladies infectieuses, de pédiatrie, de chirurgie générale, de traumatologie, de chirurgie infantile.

- **Les activités d'hébergement :** nettoyage de désinfection, blanchissage, chauffage, eau, énergie, gardiennage, sécurité, incendie.

- **La gestion des malades regroupés :** Le bureau des admissions, la direction des activités médicales et paramédicales, et la gestion des médicaments et donc des pharmacies.

- **Activités d'entretien :** entretien bâtiments, maintenance biomédicale.

- **Activité de transport :** transport médical et autre transport.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

- **Activités de restauration** : restauration des malades, du personnel (cantine) et du personnel de garde.

- **Activités de direction générale** : gestion de l'information, gestion financière, gestion du moyen matériel, et gestion de la direction générale.

-**Activités de la gestion économique** : sous direction des infrastructures et équipements médicaux, sous direction des services économiques.

-**Activités de malades** : le bureau des admissions et assistance sociale et la direction des activités médicales et paramédicales.

D)- Les sections d'analyse : Elles correspondent à une ou plusieurs activités et elles sont repérées à chaque fois qu'il est possible de repérer un volume d'activité chiffrée en unités d'œuvre. La section d'analyse est définie par deux caractéristiques fondamentales à savoir par :

- **Une discipline d'équipement** : Elle permet de désigner une activité homogène dont résulte un type de soins ou de service. Elle est définie par des équipements spécifiques des personnels qualifiés.
- **Un type d'activité** : Elle permet de désigner un mode d'accueil (urgence, hospitalisation, consultation, un type d'équipement, radiologie, bloc opératoire, laboratoire) ou un domaine d'activité (pharmacie, administration). En outre, elle permet de regrouper un ensemble d'activité dont il est possible d'identifier les moyens (Matériel, personnel, consommable).

Ainsi, un tel niveau d'analyse permet de constituer **l'unité fonctionnelle** qui constitue le découpage le plus fin d'un service. En effet, une unité fonctionnelle peut correspondre à une section d'analyse quand son activité et ses moyens sont identifiés. Néanmoins, quand ces derniers sont diversifiés et complémentaires, il faudra plusieurs unités fonctionnelles pour constituer une section d'analyse.

E)- Le centre de responsabilité (CR) : il est créé pour les besoins internes de gestion, pour suivre la gestion des moyens budgétaires des structures médicales pharmaceutiques d'un côté, et les services administratifs et logistiques d'un autre côté.

En outre, c'est au niveau des centres de responsabilité que se réalise la préparation budgétaire, du fait que c'est le responsable du CR qui établit ses prévisions d'activités et les moyens pour les atteindre. En plus, c'est à ce niveau que se réalise le contrôle de gestion par un suivi budgétaire.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

En effet, un découpage adéquat permet d'établir la liste des unités fonctionnelles de l'ensemble de l'établissement et de l'ensemble des centres de responsabilité¹.

➤ **Les objectifs du découpage de l'établissement de soins**

- **A court terme :** - l'identification de la destination de la matière consommable ;
- la détermination des budgets par centres de responsabilité ;
- l'identification des responsables des différentes activités.
- **A moyen terme :** - calculer les coûts des produits ;
-calculer les coûts par fonction ; par AM ; par CR, par SA.
- **A long terme :** - la codification des structures du fichier commun des structures (FCS) pour les besoins d'une nomenclature des comptes analytiques de la CAGH ;
-l'élaboration du FCS des différents établissements de santé.

2-3-3 : L'affectation des charges : Il s'agit de la répartition sans omission ni double emploi de l'ensemble des charges jugées incorporables aux entités consommatrices².

En outre, cette répartition peut se réaliser soit par affectation directe ou immédiate sur la section d'analyse, soit par imputation après traitement des charges et calcul intermédiaire³.

A): Le schéma général de la CAGH : Il faut noter que certaines charges ne doivent pas être prises en compte en CAGH, du fait de leur nature de charges non incorporables, telles que les dons de médicaments et autres produits pharmaceutiques et consommables, les cadeaux remis aux malades, les subventions, etc. par contre, d'autres charges non prises en compte en comptabilité budgétaire doivent être additionnées, telles que les primes d'apport, les rémunération des fonds propres, les contribution individuelles, etc.

D'autre part, il faudrait signaler que les recettes générées par les ventes des repas au personnel, et aussi celles relatives aux tickets modérateurs, constituent des produits non déductibles, du moment qu'ils ne viennent pas en atténuation des charges qui constituent les coûts des unités d'œuvres respectives.

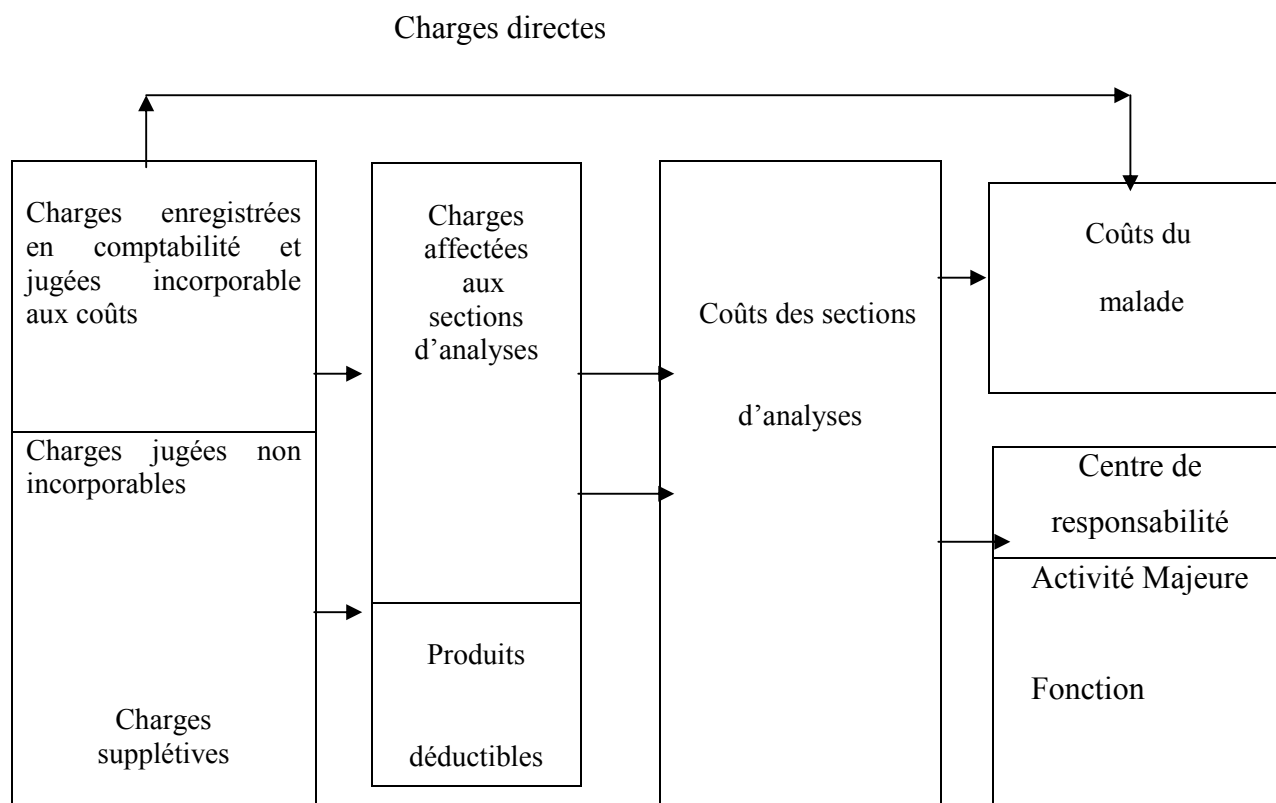
Cela a conduit à l'élaboration du schéma général de la CAGH suivant, qui représente un schéma préétabli avant la mise en place de la CAGH en Algérie en 2001:

¹ : Voir Annexes 1 et 2 afin de mieux comprendre la différence entre les CR, les AM et les SA.

² : Comme par exemple la section d'analyse (SA) ou l'UF.

³ : Cela est le cas des coûts harmonisés comme par exemple ceux des amortisseurs de bâtiment, l'assurance de responsabilité civile ou même l'assurance d'incendie et dégâts divers.

Schéma N° 03 : Schéma général de la CAGH :



Source : d'après Arhab S. op cit, p 61.

B) : Les méthodes de calcul des coûts : la méthode choisie pour le calcul des coûts découle directement du schéma de la CAGH effectué précédemment, qui permet de faire la distinction entre deux grandes parties :

- L'une permet de calculer les coûts de structures : les fonctions, A M, CR, SA, et les UF ;
- L'autre permet de déterminer les coûts de chaque malade hospitalisé, en se basant d'un côté sur les dépenses directement affectées à ce dernier (exploitation, alimentation, actes opératoires, etc.) et d'un autre côté sur les coûts des autres sections de soutien, comme par exemple l'hébergement, les soins, etc.

Cependant, plusieurs méthodes de comptabilité analytique peuvent être appliquées pour le calcul des coûts, dans le but de la tarification des produits hospitaliers, ainsi que pour la responsabilisation des acteurs. On peut citer en premier lieu la méthode du « direct costing » appelée aussi la méthode des coûts variables.

En effet, la méthode du « direct costing » ou des coûts variables consiste dans la méthode où les coûts variables sont immédiatement isolés après leur consommation, et les coûts fixes qui

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

sont calculés à la fin de la période considérée et imputés aux produits après un calcul intermédiaire ; sont isolées.

En second lieu, on peut citer la méthode des coûts complets appelée également la méthode des sections homogènes, qui représente celle appliquée dans les établissements publics de santé, afin d'aboutir à un système de tarification incontournable par les malades et leurs assureurs, et arriver à la responsabilisation des acteurs.

C)- La saisie d'information : elle se fait par le biais d'une fiche navette qui consiste en un dossier médico-technique et administratif, ayant plusieurs volets à savoir¹ :

- Un volet pour identifier les malades ;
- Un volet pour les actes médicaux, chirurgicaux, exploration et toute autre consultation réalisée par l'établissement ;
- Un volet permettant l'enregistrement de toute consommation de médicaments et autres produits pharmaceutiques et consommables ;
- Un volet enregistrant la sortie des malades.

Ainsi, la fiche navette permet le suivie des malades dans toutes les phases de soins, et l'enregistrement de toutes les prestations dont le malade à bénéficié tout au long de son séjour.

D) : Les différentes charges de soins

D1)- Les charges de personnel : au sein d'un établissement public de soins, un seul malade a la possibilité de mobiliser la majorité de l'équipe pour une durée variable. Les charges du personnel peuvent représenter généralement environ 70% des charges totales.

D2)- Les charges de la pharmacie : contrairement aux coûts des médicaments dont l'affectation est réalisée directement aux malades, les coûts de la gestion de ces médicaments qui représente celui de la pharmacie ; est quant à lui imputé aux services cliniques en grande partie, puis aux services médico-technique.

D3)- Les charges induites : dans le but de faciliter l'imputation des actes des malades, un préalable doit être réalisé au niveau de chaque établissement ; qui est celui d'élaborer un référentiel en coût de revient local des actes de la nomenclature² :

C : consultation

B : Actes de laboratoire.

R : Actes de radiologie

K : Actes de chirurgie.

Cela permet l'imputation des actes en valeur et en qualité de lettres clés, au même titre que les dépenses directes.

¹ : Mekhalfa. A, le système de calcul des coûts comme outil à la décision et à la maîtrise des dépenses hospitalières, cas du CHU de Sétif, rapport de stage pour la formation des praticiens inspecteurs ENSP, ALGER, 2005, 48 pages.

² : La nomenclature est prise en application du décret n° 85-223 du 12/11/1985. Elle établit la liste avec leur cotation des actes effectués par les médecins, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens, les sages femmes et tout autres auxiliaires médicaux.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

E) : Les principales règles d'affectation des charges : « en l'absence d'une nomenclature des comptes analytiques et d'un plan comptable sectoriel (hospitalier), il est indisponible de fixer au préalable les règles d'affectation des charges »¹.

Néanmoins, pour une meilleure adhésion des acteurs hospitaliers et pour plus de crédibilité, il est nécessaire que ce travail de fixation des règles d'affectation des charges se fasse en collaboration avec l'ensemble des chefs des centres de responsabilité.

E1)- Les dépenses de médicaments : il faut distinguer dans ce cas entre les différentes catégories de produits, et ce selon le degré d'identification de leur destination :

- **Les accessoires médicaux, chirurgicaux :** une grande partie de ce matériel n'est pas consommable en une année. Sa durée de vie est estimée à trois ans², ce qui fait qu'un tiers seulement est pris en compte dans les dépenses d'un exercice.
- **Les produits antiseptiques sérums, pansement, etc :** ils sont affectés à l'activité de soins clinique ; dont le coût constitue une partie de celui relatif à l'hospitalisation des malades.
- **Les réactifs de laboratoires :** ils sont affectés à l'activité des laboratoires. Il en est de même pour les produits de radiologie qui sont affecté à l'activité de cette dernière.

E2) : Les dépenses d'alimentation : se sont des dépenses affectées directement aux différents repas servis à l'hôpital, tout en distinguant les repas servie aux malades et ceux servis aux personnels.

E3) : Les dépenses du personnel : se sont des dépenses fixes pour toute une année, et imputées directement aux structures concernées en coûts standards, qui sont calculés par catégories de personnel.

E4) : Les dépenses d'infrastructures : dans la plupart des cas, les dépenses d'infrastructures des établissements publics de soins ; échappent au gestionnaire hospitalier, car ces dépenses sont réalisées généralement dans le cadre des plans communaux de développement (PCD), donc ils sont de l'essor des collectivités territoriales.

E5) : Les dépenses en matériels médical : généralement, c'est après la réalisation de l'inventaire par le magasin, que se fait l'identification du matériel médical par service. En outre, la majorité de ce matériel est souvent acquise par l'Etat avec une valeur qui n'est pas disponible, d'où l'inutilité de rechercher l'exactitude de la valeur des dépenses en matériel médical.

E6) : Les dépenses de prévention : sachant que les dépenses de prévention comme celles de la vaccination par exemple, sont financées par l'Etat, l'objectif des établissements publics de soins

¹ : Arhab.S, op cit, p 68.

² : Selon les renseignements des services de calcul des coûts de l'EPH de BOGHNI.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

dont la prévention est important ne sera pas de prévenir le coût de l'acte, mais bien de rechercher l'efficacité de ce dernier afin d'éviter à long terme une inflation de coût.

Quoique, il y a encore d'autres dépenses de fonctionnement comme par exemple celles des charges communes qu'on verra dans la troisième section.

Ainsi, la méthode utilisée pour le calcul des coûts dans les établissements publics de soins est celle des sections homogènes qui est la plus utilisée et appliquée depuis 2001 en Algérie. L'étude de cette méthode fera l'objet de la dernière section de ce chapitre.

Section 03 : Nécessité de mise en place d'une méthode de calcul des coûts en milieu sanitaire : « la méthode des sections homogènes »

La mise en place d'une comptabilité analytique de gestion en milieu hospitalier, était basé sur le choix de l'une des méthodes de cette dernière, à savoir celle des coûts complets appelée aussi la méthode des sections homogènes, qui semblait la méthode la plus appropriée dans le domaine de la santé.

3-1 : Présentation de la méthode des sections homogènes

3-1-1 : Définition et historique

La méthode des sections homogènes consiste en une méthode 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 ». A cet effet, cette méthode nécessite la définition de certains concepts qu'on verra dans le point qui suit.

¹ : L'unité d'œuvre est une unité physique ou monétaire caractérisant l'ensemble des coûts d'une section.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

3-1-2 : 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 CR ou de la SA, 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 mesurée 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.
- **Les clés de répartition** : c'est un pourcentage à appliquer à chacune des charges indirectes en vue de leur répartition entre « sections auxiliaires »¹.

En effet, l'application de cette méthode est basée sur le découpage de l'établissement en « centre d'analyse des coûts » représentés par des sections homogènes.

- **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 regroupent deux importantes catégories de sections à savoir les sections principales et les sections auxiliaires.

- **Les sections principales** : se sont selon le glossaire du guide « des éléments de découpage comptable de l'entreprise concernant ses activités productives ». Elles reçoivent des charges directes par affectation et des charges indirectes redistribuées en provenance des sections auxiliaires. Les sections principales sont donc celles dont l'activité concourt directement à la production de l'unité d'œuvre pour la quelle on veut calculer le coût.

Ainsi, les services de stomatologie, d'hémodialyse, et ceux dotés de lits d'hospitalisation représentent tous des sections principales.

On peut représenter les différentes sections principales des différents services dans le tableau si dessous, comme il a été représenté dans le guide de calcul des coûts :

¹ : 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, 49 pages.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

Tableau N° 06: Sections principales

sections principales	unités d'oeuvre	observations
service doté de lit d'hospitalisation	la journée d'hospitalisation	tous les services dotés de lit d'hospitalisation
l'hôpital du jour	la journée d'hospitalisation « jour »	/
la consultation externe	la consultation	quand le même service abrite plusieurs consultations spécialisées, le coût recherché est le coût moyen d'une consultation, quelque soit la spécialité
pavillon des urgences	la package	-le package est l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'un même passage (consultation, radio, sutures, réa respiratoire, maintien en observation). -le nombre de package est égal au nombre de malades portés sur le registre du P.U.
hémodialyse	la séance	l'unité d'œuvre n'est pas la journée d'hospitalisation, même si ce service est doté de lits.
Stomatologie	le (D)	a chaque type de soins dentaire (extraction, plombage, etc.) est attribué un nombre de D.
Médecine de travail	la consultation	ne concerne que les établissements conventionnés qui prennent en charge le personnel d'autres organismes. Le médecin du

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

		personnel est une section auxiliaire à part. voir tableau N° 4.
Médecine légale	la consultation	les autres activités de ce service (autopsies, etc.) sont secondaires par rapport aux consultations.
S.A.M.U	Le package	le package est l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'une même sortie de l'équipe (soins à domicile, évacuation médicalisée, secourts sur le lieu de l'accident, etc.)

Source : guide méthodologique, op cit, p 06.

- **Les sections auxiliaires :** c'est aussi « les éléments de découpage de l'entreprise concernant les activités qui ne produisent rien de commercial, mais qui coûtent en concourant indirectement à la production »¹. Ainsi, les sections auxiliaires reçoivent les charges indirectes établies par l'utilisation de clé de répartition et se redistribuent sur les sections principales. Autrement dit, se sont des centres d'activité qui ne produisent pas directement les unités d'œuvre, mais qui sont prestataires de service au profit des sections principales. On peut citer comme exemple le bloc opératoire.

Le tableau N° 04 qui suit donne la liste exhaustive des sections auxiliaires de l'établissement public de soins, selon le guide méthodologique de calcul des coûts.

Tableau N° 07 : Sections auxiliaires à caractère médical :

Sections auxiliaires à caractère médical	
Bloc opératoire	Le K
Imagerie (radiologie, échographie, scanner, etc.)	Le R
Laboratoire (labo central, biochimie,	Le B

¹ : Guide de calcul des coûts, op cit, p 33.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

microbiologie, etc.)	
Exploration fonctionnelle (endoscopie, fibroscopie, etc.)	L'examen
Service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP)	Néant
Ergothérapie	La séance
Rééducation fonctionnelle (non dotée de lits d'hospitalisation)	La séance

Tableau N° 08 : Sections auxiliaires à caractère général :

Sections auxiliaires à caractère général	observations
<p>1 : Administration :</p> <ul style="list-style-type: none"> -direction générale - D.A.P.M : services administratifs -Economat : services administratifs -D.I.E: services administratifs -Personnel : solde, finance -Bureau des entretiens -Surveillance -Standard -Bibliothèque, école paramédicale : non dotés de budget autonome. <p>2 : Services économiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie - Magasin -Lingerie -Buanderie -Cuisine - Atelier d'entretien -Maintenance biomédicale - Hygiène <p>3 : Services sociaux : (services fonctionnant dans l'intérêt du personnel)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecine du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Les services administratifs, les services économiques et techniques et les services à caractère social ont été regroupés en trois sections auxiliaires. • Pour ce qui est des services suivants : pharmacie, magasins, cuisine, lingerie et buanderie : les charges qui doivent leur être imputées sont leur charges de fonctionnement propre. quant aux matières qu'ils distribuent aux autres services (repas, linges, médicaments, fournitures divers) sont affectées à chaque section d'analyse, grâce aux états de consommation. • La pharmacie a été classé dans la section auxiliaire « services économique », par ce qu'elle a une activité de gestion des stocks et non une activité de soins.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

-Bureau d'assistante sociale -Chambre de garde -Coopérative -Crèche - Internat -Foyer, cafétéria -locaux syndicaux -Logement d'astreinte	
---	--

Source : le guide méthodologique, 2001.

Les sections principales et les sections auxiliaires sont placées sous l'autorité d'un seul responsable, d'où la nature du centre de responsabilité.

- **Les charges directes** : se « sont des charges des sections principales et auxiliaires qu'on affecte à chacune des sections sans avoir recourt à une clé de répartition : exemple : Salaires, médicaments, fournitures divers »¹.
- **Les charges indirectes** : se sont des charges qui ne concernent pas un élément précis de l'entreprise et qui ne peuvent être affectées directement au calcul d'un coût. Ainsi, on ne peut affecter ces charges aux sections que par le biais des clés de répartition. De ce fait, les charges des sections auxiliaires sont des charges indirectes par rapport aux sections principales, car elles correspondent à une affectation par le biais des clés de répartition, lors de la répartition secondaire.
- **Les charges communes** : se sont des charges indirectes dont on ne peut déterminer avec exactitude la part de chaque service, et dont l'affectation se fait par le biais des clés de répartitions (eaux, gaz, électricité, etc.).
- **L'affectation des charges** : elle permet la détermination d'un coût complet par service. On distingue entre deux étapes de répartition : primaire et secondaire.
- **La répartition primaire** : c'est l'affectation des charges directes et des charges communes aux sections principales et auxiliaires. La répartition primaire s'effectue sur la base d'un tableau à doubles entrées, avec autant de lignes que de charge et autant de colonnes que de sections².

¹ : Guide méthodologique, op cit, p 03.

² : Idem

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

- **La répartition secondaire** : il s'agit de la répartition du total des charges de chacune des sections auxiliaires entre les différentes sections principales sur la base de clés de répartition appropriées.

Le tableau ci après permet de connaître les clés de répartition de chaque section auxiliaire, comme il a été établi dans le guide méthodologique.

Tableau N°09: Clés de répartition (le tableau C4 du CANEVA (C))

sections auxiliaires	clés de répartition
Bloc opératoire	le nombre de K
Imagerie	le nombre de R
laboratoire	le nombre de B
exploration fonctionnelle	le nombre d'examen
SEMEP	au dinar le dinar
ERGO thérapie	le nombre de séances
Rééducation fonctionnelle	le nombre de séances
Administration	au dinar le dinar
Services économiques	au dinar le dinar
Services sociaux	au dinar le dinar

Source : guide méthodologique, op cit, 2001.

Par ailleurs, le total des charges directes et indirectes obtenues par sections principales représente le coût global du service médical. Ainsi, il devient facile de déterminer le coût d'une journée d'hospitalisation et le coût moyen du séjour comme suit :

- **Coût d'une journée d'hospitalisation** : coût de service / nombres de journées d'hospitalisation.
- **Coût d'une consultation** : coût du service / nombres de consultation réalisées.
- **Coût moyen du séjour d'un malade** : le prix d'une journée d'hospitalisation \times la durée du séjour.

Ainsi, le calcul d'une journée d'hospitalisation est exprimé par les charges directes et les charges indirectes réalisées par l'ensemble des services d'hospitalisation.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

3-2 : Les différents principes de la méthode des sections homogènes

Le calcul des coûts au niveau des établissements publics de santé par le biais de la méthode des sections homogènes est basé sur cinq principales étapes qu'on présentera une par une dans ce qui suit :

3-2-1 : Découpage analytique de l'établissement : la première étape de calcul des coûts

Cette première étape implique un découpage de l'unité analysée (l'établissement public de soin) en un certain nombre de sections traditionnellement dites homogènes (principales et auxiliaires).

Néanmoins, une section peut être considérée comme homogène quand le niveau (découpage) atteint sera suffisant pour fournir une unité d'activité appelée unité d'œuvre (U.O), permettant de mesurer et d'évaluer les prestations fournies par la section considérée. En outre, l'U.O retenue doit être celle qui exprime la meilleure corrélation entre la variation du total des coûts variables du centre considéré et la variation quantitative de l'activité du centre. Ça doit être d'U.O la plus pertinente.

Cependant, il faut préciser que cette phase préliminaire ne peut jamais être définitive, car tout changement dans la structure de l'unité d'analyse implique automatiquement la remise en cause du découpage initial.

Par ailleurs, le découpage analytique de l'établissement public de soins permet la détermination du responsable de chaque section (principale ou auxiliaire), qui aura pour rôle la transmission des informations concernant son propre service. Ce responsable « sera appelé à agir sur les différents facteurs de production ; pour améliorer le rendement et la performance de sa section »¹.

En outre, « il existe deux types de découpages : hiérarchique et fonctionnel »². Le découpage hiérarchique permet de retenir comme centre de responsabilité les grandes directions de l'établissement (administration, économat, etc.), alors que le découpage fonctionnel permet la détermination des centres de responsabilité en fonction des services rendus (lingerie, cuisine, etc.).

Ainsi, le découpage de l'établissement public de soins en sections de comptabilité analytique (sections homogènes) doit être le plus cohérent possible avec l'organisation médicale, administrative et technique de cet établissement de soins, ainsi qu'avec sa structure hiérarchique. Autrement dit, ce découpage doit être cohérent avec l'organigramme, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

¹ : Guilde méthodologique établit par le MSP ; Alger, 2001.

² : Mekhalfa.A, op cit, p11.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

Toutefois, un centre de responsabilité est constitué au bénéfice d'une mission, d'une fonction ou de plusieurs activités, et mis en œuvre sous une autorité unique. A cet effet, la structure du centre de responsabilité doit être adaptée à la structure institutionnelle existante à l'établissement. C'est pourquoi, il s'agit du principe du centre de responsabilité (CR) qui permet de déterminer si un service est ou non une section principale ou auxiliaire. Ainsi, un service peut être considéré comme une section, s'il a ses propres locaux, son personnel permanent, et s'il est placé sous l'autorité d'un chef de service, et en fin ; si ses charges directes¹ sont individualisées (comptabilisée)².

Par ailleurs, afin de savoir si un service quelconque doit être considéré comme une section principale ou auxiliaire, il faut voir si le caractère de la prestation est définitif ou pas. Par exemple, le service de chirurgie est considéré comme étant une section principale, car il produit des journées d'hospitalisation au seul profit de son service et non au profit d'autres services. Il s'agit donc d'une prestation définitive. Par contre, le bloc opératoire réalise des interventions au profit des malades hospitalisés dans d'autres services, ce qui fait qu'il est considéré comme une section auxiliaire.

En revanche, l'implantation du service par rapport à l'hôpital, le volume de ses dépenses, ou son contact direct ou indirect avec le malade ne permet pas du tout de le considérer en tant que section principale ou auxiliaire. En effet, la radiologie n'est pas une section principale même s'elle fournit des examens aux malades, car ses examens ne sont qu'une aide au diagnostic d'un autre service. Cependant, la maternité centrale est une section principale malgré son emplacement extrahospitalier, alors qu'un laboratoire d'analyse est une section auxiliaire même s'il se trouve à l'intérieur de l'établissement de soins. En plus, le bloc opératoire est considéré comme une section auxiliaire malgré qu'il soit grand consommateur de budget, au contraire de la consultation qui soit une section principale même s'elle consomme peu de budget.

Enfin, il a été noté dans le guide méthodologique qu'il faut créer autant de section que de services de consultation, de radiologie, de bloc opératoire etc. en revanche, quand on procède à la répartition primaire et secondaire, l'ensemble des services de consultation doivent être regroupés en une seule section principale, qui est la consultation externe, et l'ensemble des services de radiologies en une seule section auxiliaire qui est celle de l'imagerie, etc.

Néanmoins, en France, lors de l'application de la méthode des sections homogènes, le directeur de l'hôpital devait établir une proposition du découpage qui sera par la suite soumise au

¹ : Repas, équipements, médicaments, sont des charges directes.

² : Exemple cité dans le guide méthodologique : un service de rééducation implanté dans un service d'orthopédie, prenant en charge exclusivement les malades de ce service et recevant ses commandes avec le service d'orthopédie ; n'est pas une section, mais une partie intégrante de l'orthopédie.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

conseil d'administration, tout en consultant la commission médicale consultative et le comité technique, car ces derniers sont considérés en vertu de l'article 02 de la loi 31-12-1970 comme compétents sur l'organisation et le fonctionnement des départements et des services non médicaux. Dans ce cas, la délibération du conseil administratif devait être soumise pour accord au représentant de l'Etat ; qui devait intervenir dans un délai de soixante jours¹.

En revanche, en Algérie, c'est la cellule chargée du calcul des coûts qui est habilitée au découpage.

3-2-2 : La conception des supports d'information en fonction du découpage

Dans la seconde étape de la méthode des sections homogènes, après avoir procédé au découpage analytique de l'établissement public de soin, il faudra ensuite ; selon le guide méthodologique de 2001 ; mettre en œuvre trois types de documents.

En effet, il faudra dans cette seconde étape d'établir un document comportant les états de consommation par services, c'est-à-dire les charges de chaque service, qui sont tenus au niveau des différents magasins de l'établissement, à savoir, la pharmacie, la lingerie, la papeterie, tout en faisant ressortir l'évaluation monétaire des consommations de chaque service.

Ainsi, ce type de données sera inscrit dans les 09 tableaux du CANEVAS (A), établit par le MSP dans le guide méthodologique de 2001.

En suite, un second document doit être établi, et doit contenir les états statistiques des activités des services médicaux et du plateau technique et qui sont établies par le bureau des entrées dans les dix tableaux du CANEVA (B).

En fin, le troisième document consiste dans la répartition primaire et secondaire des charges, constituant les quatre tableaux du CANEVA (C)².

3-2-3 : Renseigner les différents tableaux : Collecte des données

Cette troisième étape consiste dans la collecte des données concernant les tableaux des CANEVAS (A) et (B), qui se fait chaque mois, avec une récapitulation à la fin de chaque trimestre.

A)- Les charges : se sont celles qui correspondent aux frais de fonctionnement des différents services³. En ce qui concerne les produits stockables et distribuables, les charges sont obtenues en faisant l'évaluation des produits consommés par chaque service, à travers les prix unitaires et les états de consommation des différents magasins (pharmacie, lingerie, papeterie, etc.). En revanche, dans le cas des produits non stockables et non distribuables, les charges sont obtenues

¹ : Grenon.A, Pinson.G, Gautier.P.H, op cit.

² : Ces différents tableaux des différents CANEVAS du guide seront expliqués en détails dans la troisième étape du calcul des coûts.

³ : Selon le guide méthodologiques établit par le MSP en 2001.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

en calculant la quote-part qui revient au service par rapport aux crédits consommés (salaires, énergie, formation).

Néanmoins, toutes les sections principales ou auxiliaires qui existent dans l'organigramme de l'établissement, tel qu'il a été fait lors de son découpage, doivent figurées sur les différents tableaux du CANEVA (A).

Dans ce cas, le guide méthodologique établi par le MSP a distingué entre six catégories de charges, qui sont comme suit :

A1)- Les dépenses de personnel : le tableau A1 du CANEVA (A) qui figure dans l'annexe 1 ; contient les données qui renvoient aux dépenses inhérentes aux salaires et traitement de toutes les catégories de personnel payé par l'établissement de soins, et celle relative aux œuvres sociales.

Ce tableau doit être établi par le sou directeur du personnel mensuellement.

Dans ce cas, il faudra commencer par la répartition de l'effectif par corps et par services, tout en s'assurant qu'une même personne n'a pas été compté dans deux service au même temps, et qu'il n'y a pas eu d'omission, afin de pouvoir renseigner le tableau A1. A cet effet, « les montants sont obtenus par la répartition des sommes figurant sur t'état du solde entre les différentes sections, en fonction du corps et du service auquel est affecté l'agent »¹.

Pour ce qui est des œuvres sociales, il faudra diviser le montant global du titre IX du budget par l'effectif total de l'établissement, puis multiplier le produit par l'effectif du service. En suite, le montant résulté sera rajouté à la consommation du service à raison de 1/12^{ème} par mois.

A2)- Les dépenses d'alimentation : le tableau A2 figurant dans l'annexe 1 contient le montant global des produits alimentaires consommés durant un mois et qui va servir à calculer le coût du repas, ce qui permettra par la suite de calculer la dépense alimentaire par service pour renseigner le tableau A4.

Cependant, le tableau A2 cité si dessus doit être rempli chaque mois par le dépensier, tout en veillant que les unitaires utilisés pour calculer le montant soit en TTC (toutes taxes comprises) et non en HT (hors taxes) et que ces renseignements se font à base d'un bon de livraison.

Par ailleurs, le tableau A3 du même annexe qui doit être rempli par le chef cuisinier, contient le nombre de repas consommés par service en récapitulant tous les états journaliers des repas servis.

Ce tableau doit être fait chaque mois par le chef cuisinier. Néanmoins, la cellule chargée du calcul des coûts doit automatiquement contrôler les chiffres figurants sur ce tableau, à cause du

¹ : IDEM

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

faible niveau d'instruction de cette catégorie de personnel. En revanche, le tableau A4 de l'annexe 1 contient toutes les dépenses alimentaires par service, en faisant ressortir l'évaluation monétaire des repas consommés par service, tout en estimant la différence entre les différents repas consommés par les malades et par le personnel de garde. Ce tableau A4 est établi par le dépen­sier mensuellement.

A3)- Les dépenses de pharmacie : afin de renseigner correctement le tableau A5 qui doit être établi par le chef de service de la pharmacie, il est recommandé de procéder à la classification des différents produits distribués par la pharmacie en fonction des cinq catégories figurantes dans le tableau A5 de l'annexe 1.

A4)- Fournitures diverses : le tableau A6 figurant dans l'annexe 1 doit être rempli par le ou les magasiniers en fonction du schéma d'organisation propre à l'établissement. Il contient les états de sorties mensuels de cinq catégories de produits, qui sont :

- papeterie et fourniture de bureau ;
- linge et literie ;
- produits d'hygiène ;
- matériel et mobilier non médical ;
- matériel et mobilier médical.

En revanche, le tableau (A7)¹ qui doit être rempli par la cellule chargée du calcul des coûts, permet de représenter la récapitulation des états de consommation des cinq catégories de produits citées ci-dessus.

A5 : Entretien et maintenance : le tableau A8 du CANEVA (A) (voir annexe 1) ne peut être correctement rempli ; que dans le cas où le service concerné tient à jour des supports d'information qui permettent l'individualisation des opérations d'entretien et de maintenance par service.

Cependant, si cela n'est pas le cas, et en attendant que ses supports soient mis en place, les charges d'entretiens et de maintenances non individualisables peuvent être affectées aux charges communes.

A6 : Les charges communes : le tableau A9 de l'annexe 1 représente les charges (section principale ou auxiliaire) non quantifiables, ou dont on ne peut déterminer avec exactitude la part qui revient à chaque service : eau, gaz, téléphone, entretiens et maintenances, etc.

B)- Les activités : les tableaux B1 à B10 permettent de refléter l'activité des services médicaux et du plateau technique, afin de permettre le calcul du prix de revient des différents actes pratiqués au niveau des services médicaux et médicaux techniques.

¹ : Voir en annexe 1.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

B1) : Activité des services d'hospitalisation et de consultation : le tableau B1 figurant dans l'annexe2 permet d'établir la récapitulation des différents états statistiques que transmettent mensuellement les différents services d'hospitalisation et de consultation. Il est établi par le bureau des entrées.

Néanmoins, il faut noter que la durée moyenne de séjour (D.M.S) et le taux d'occupation moyen des lits sont calculés comme suit :

- **D.M.S= Nombre de journées d'hospitalisation/ le nombre de malades admis.**
- **T.O.M= Nombre de journées d'hospitalisation réalisé/ nombre de journées d'hospitalisation disponibles × 100.**
- **Nombre de journées d'hospitalisation pour le mois = nombre de lits × 30, pour l'année= NBR de lits × 365.**

B2) : Activités des sections principales : les tableaux B2, B3 et B4 de l'annexe2 permettent de représenter les différentes activités de certaines sections principales à caractère particulier, à savoir celle du SAMU, de l'hymodialyse, de la rééducation fonctionnelle, etc.

B3) : Les activités du laboratoire, de radiologie, du bloc opératoire, de la stomatologie et de l'exploration fonctionnelle : elles sont représentées dans les tableaux B5, B6, B7, B8 et B 9 de l'annexe2.

B4): les activités du plateau technique : le tableau B10¹ consiste dans le tableau récapitulatif des tableaux B5 à B9 cités plus haut.

Néanmoins, les laboratoires, les radiologies, les blocs opératoires ainsi que les services d'exploitation fonctionnelle qui travaillent pour le compte d'une seule section principale, sont considérés comme partie intégrante à cette section, et leurs activités ne doivent pas figurer sur les tableaux B5 à B9, du moment que leurs charges sont associées à celle de la section principale mère.

3-2-4 : Répartition primaire des charges : elle consiste dans la quatrième étape de la méthode de calcul des coûts. Cette répartition est établie à la fin de chaque trimestre, puis récapitulée à la fin de l'année. Néanmoins, c'est le plus souvent le coût annuel qui est le plus proche de la réalité,

¹ : Voir en annexe 2.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

puisque'il contient la totalité des charges¹. Cette répartition est portée dans les tableaux C1 figurant dans l'annexe3 de ce travail.

Le tableau C1 cité ci dessus est un tableau à double entrée, qui permet l'analyse des charges par sections principales ou auxiliaires. Il est rempli en reportant les montants du CANEVA (A) dans les différentes cases correspondantes du tableau C1.

3-2-5 : Répartition secondaire des charges : c'est la cinquième étape du calcul des coûts, et elle est représentée par le tableau C2 cité plus haut².

A) : Présentation de la répartition secondaire des charges : les chiffres (1), (2), et (3) sur le tableau C2 figurant dans l'annexe 3, signifie :

(1) : porter le total des charges de chaque section auxiliaire dans la case correspondante.

(2) : porter la part du total des charges de la section auxiliaire qui revient à la section principale.

(3) Le coût d'une unité d'œuvre est calculé selon la formule suivante : $D = A + B/C$

Ce tableau est établi en procédant à la répartition du total des charges de chacune des sections auxiliaires sur l'ensemble des sections principales, par le biais des différentes clés de répartition. Néanmoins, pour cela, il faudra calculer les coûts des unités d'œuvres de chacune des sections auxiliaires à caractère médical en divisant de coût total des charges de la section auxiliaires par le nombre d'unité d'œuvre réalisées.

En outre, il faut préciser que selon le guide méthodologique, la part du total des charges d'une section auxiliaire qui revient à une section principale est obtenue en faisant la multiplication du nombre d'unités d'œuvres consommées par cette section principale par le coût d'unités d'œuvres.

Cependant, en ce qui concerne les sections auxiliaires à caractère général, la répartition des charges entre les différentes sections principales se fait « au dinar le dinar ». A cet effet, il faudra calculer la somme des charges de l'ensemble des sections principales (voir tableau C1), puis le pourcentage de chaque section principale par rapport à cette somme, et en fin affecter à chaque section principale un pourcentage des charges de la section auxiliaire, équivalent à son propre pourcentage par rapport à la première somme calculée.

Par ailleurs, il faut préciser que cette clé de répartition « au dinar le dinar » ne permet pas de déterminer avec exactitude la part des différentes sections, comme c'est d'ailleurs le cas de toutes les autres clés, qui restent discutables et comportent toute une marge d'erreurs.

¹ : Il faudra noter que le calcul des coûts se fait à bas des consommations et non des paiements ; ce qui fait que la période complémentaire allant jusqu'au 31 mars ne sera pas prise en compte et les calculs s'arrêteront le 31 décembre de l'année.

² : Voir annexe 3.

Chapitre III: Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

B) : Récapitulation de la répartition primaire et secondaire

Le tableau C3 de l'annexe 3 pourra servir de tableau de bord aux gestionnaires, car il leur permet de suivre l'évaluation des dépenses par catégories, ainsi que celle des coûts des unités pour chaque spécialité.

Par ailleurs, les nouvelles modalités d'allocations budgétaires basées en priorité sur l'analyse de l'activité ou du programme, obligent les établissements de soins algériens de procéder à l'évaluation correctes de leurs activités, tout en se basant sur un système d'information hospitalier fiable et informatisé, et à réfléchir sur leurs coûts de fonctionnement.

A cet effet, la méthode de calcul des coûts sanitaires qu'on vient de présenter dans cette présente section, semble être un outil favorable à cette situation, afin d'arriver à la maîtrise des dépenses et des coûts de soins. Néanmoins, dans le but de vérifier la pertinence et l'impacte de cette méthode des sections homogènes sur les dépenses de soins, il est impératif d'étudier son application et d'interpréter ses résultats au sein d'un établissement hospitalier

Conclusion au chapitre III

Après avoir passé en revue la nouvelle méthode comptable basée sur l'analyse des coûts, 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, la méthode des sections homogènes 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 soins 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 nécessite l'application d'une méthode souple et efficace au niveau des établissements publics de soins, à savoir celle des sections homogènes.

Ainsi, afin de connaître l'impact de cette méthode des sections homogènes sur le calcul des coûts et la maîtrise des dépenses de soins en Algérie, il faudra procéder à l'étude de son application et à l'interprétation de ses résultats au sein d'un établissement public de soins. A cet effet, on a choisi de faire cette étude de cas au niveau de l'établissement public hospitalier de Boghni, afin de mieux comprendre les modalités et les étapes de cette méthode de gestion et de faire ressortir ses limites. C'est ce qui fera l'objet du chapitre IV ci après.

Introduction au chapitre IV

Après avoir présenté dans le chapitre précédent l'outil adopté pour la maîtrise des dépenses de soins, à savoir celui de la comptabilité analytique de gestion hospitalière, il nous est indispensable de passer à l'étude de l'application de ce dernier, afin de pouvoir répondre à notre problématique posée dans l'introduction générale de ce travail.

En effet, le système national de soins algérien est mis en place, dans l'objectif d'arriver à répondre aux besoins de santé de toute la population. Néanmoins, malgré tous les efforts réalisés dans ce domaine depuis l'indépendance à nos jours, la situation du système national de soins reste confronté à de multiples problèmes, dont celui de l'augmentation continue et non maîtrisée des dépenses et des coûts sanitaires.

A cet effet, « la stratégie mondiale « de la santé pour tous » de l'organisation mondiale de la santé (OMS) se trouve confrontée dans les pays en développement, à l'insuffisance des moyens financiers. Pour cela, chaque pays doit trouver ses propres solutions»¹.

Ce faisant, comme déjà cité, de nombreuses réformes ont été mises en place et appliquées dans les établissements publics de soins en Algérie, parmi les quelles on retrouve celle qui porte sur un système de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins basée sur une méthode dite des « sections homogènes ». Cette dernière a été mise en œuvre dans le but de permettre l'élaboration du budget prévisionnel et sa négociation, la mesure de la performance des services ainsi que le contrôle de tous les responsables. Néanmoins, le plus important dans tout cela est que cette méthode a été mise en application en Algérie à partir de 2001, afin de pouvoir arriver à la maîtrise des dépenses de soins et donc à la rationalisation et la rentabilité de l'utilisation des ressources.

Toutefois, ce dernier chapitre sera consacré à l'application de cette méthode de calcul des coûts dans un établissement public de soins, à savoir celui de Boghni. On essaiera alors de faire une étude de cas au sein de cet établissement, en se basant sur l'étude et l'interprétation des données statistiques réelles de l'année 2006 et de l'année 2007 qui nous ont été fournies grâce aux entretiens et aux enquêtes qu'on a effectuées dans ce même établissement.

Ceci dit, afin de faciliter l'analyse, notre démarche se basera sur deux principales sections. La première section de ce chapitre sera consacrée à la présentation générale du secteur sanitaire de Boghni, alors que la seconde section sera réservée à l'étude des données statistiques résultant de l'application de la méthode des sections homogènes au sein de l'établissement public de soins de Boghni, afin de pouvoir faire une analyse et une interprétation des données, dans le but

¹ : voir préambule du guide méthodologique, établie par le MSP en 2001.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

d'arriver à tirer des conclusions, puis des perspectives, et de pouvoir répondre en fin à notre principale interrogation dans ce présent travail.

Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil : le secteur sanitaire de la commune de BOGHNI

Cette première section sera consacrée à la présentation de l'organisme d'accueil, qui consiste dans notre cas, dans le secteur sanitaire de la commune de BOGHNI. Néanmoins, comme on l'a déjà souligné dans le chapitre II de ce travail, le secteur sanitaire en Algérie a été abrogé par le décret N° 07-140 du 19 mai 2007, portant création des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de soins de proximité (EPSP). Or, ce décret n'a été appliqué qu'à partir de janvier 2008, ce qui fait qu'au moment de notre étude de cas au sein de cette établissement, l'application de la méthode des sections homogènes dans les EPH et les EPSP n'a pas encore eu lieu, ce qui nous amène à présenter l'étude faite durant l'année 2007, avant que le secteur sanitaire ne soit abrogé.

A cet effet, on tient à préciser que pour les raisons citées plus haut, on se trouve dans l'obligation de présenter l'organisme d'accueil tel qu'il a été en 2007.

1-1 : Historique et structures

Le secteur sanitaire est constitué par un ensemble de structures sanitaires publiques de prévention, de diagnostic, d'hospitalisation et de soins, mais aussi de réadaptation médicale, couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du ministère chargé de la santé¹. C'est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, qui est placé sous l'autorité du Wali².

Par ailleurs, le secteur sanitaire est chargé de prendre en charge les besoins sanitaires de la population, mais aussi de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement ; dans les domaines de l'hygiène et de la salubrité³. En outre, afin de permettre au secteur sanitaire de bien accomplir sa mission, il a été organisé en Algérie, en plusieurs unités géo sanitaires, regroupant des structures hospitalières, et d'autres extrahospitalières (polycliniques, centres de soins, salles de soins et de consultation, les maternités.). Ces dernières correspondent à des aires géographiques ; recouvrant le territoire d'une ou de plusieurs daïrates.

¹ : IN: Art 03 du décret N°97-466, correspondant au 02-12-97 ; fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires en Algérie.

² : IN Art 02 du décret N° 97-466, op cit.

³ : IN Art 05 du décret N° 97-466, op cit.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Toutefois, le secteur sanitaire de BOGHNI est un hôpital civil avoisiné de 13 Km par le secteur sanitaire de DRAA-EL-MIZAN et de 32 Km par le chef lieu de la Wilaya de Tizi-Ouzou. Il couvre une population de 190 000 habitants et composé d'un hôpital de « 120 lits »¹.

Le secteur sanitaire de BOGHNI est structuré en trois sous secteurs, répartis sur trois daïrates, à savoir celle de BOGHNI, de MAATKAS et de OUADHIAS. De ce fait, le secteur sanitaire de BOGHNI regroupe 01 polyclinique et 13 salles de soins, celui de MAATKAS regroupe 02 centre de santé dont un avec maternité et 06 salles de soins, tandis que celui de OUADHIAS regroupe 01 polyclinique avec maternité, 01 centre de santé et 13 salles de soins.

Ceci dit, comme précité plus haut, on trouve au niveau de chaque daïra un sous secteur qui est représenté par un regroupement des unités de soins de premiers recours, localisées à l'échelon communal, couvrant l'ensemble des besoins en soins primaires et assurant toutes les activités de prévention. Ces différentes unités sont en nombre de trois, et peuvent être présentés comme suit :

1-1-1: La polyclinique : elle constitue la structure centrale du système de distribution de soins pour les services extrahospitaliers. Son objectif consiste dans la coordination de ses activités sanitaires (préventives, soins sanitaires, etc.), et de celle des unités périphériques qui lui sont rattachées (salles de soins, centres de santé, etc.) au sein d'une unité territoriale déterminée. La polyclinique permet de relier entre les centres de santé de l'hôpital, comme elle constitue une aide par les consultations spécialisées, afin d'alléger les services de l'hôpital et de concrétiser l'objectif de rapprochement des moyens de santé de la population.

1-1-2: Centre de santé : c'est l'unité de base la plus proche de la population par rapport à la polyclinique, pour l'application des soins de santé primaires. En outre, l'intégration des activités de santé de base, fait que les besoins préventifs et curatifs sont répondus au sein de toutes ses structures. Toutefois, le centre de santé oriente les patients vers la polyclinique pour les soins dont il n'est pas habilité, comme par exemple ; les soins spécialisés.

1-1-3: salle de soins : c'est l'unité de soins la plus proche de la population, qui constitue le premier niveau de soins.

¹ : Selon les renseignements du bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

1-2 : Organisation et rôle du secteur sanitaire de BOGHNI

1-2-1 : Les missions du secteur sanitaire de BOGHNI

Le secteur sanitaire de BOGHNI, comme tout autre secteur sanitaire a pour rôle essentiel « la prise en charge des besoins de santé de la population et de son aire géographique ». Cela consiste selon « le décret exécutif N°97-466, dans son article 05 du titre I » dans l'exécution des programmes nationaux ou régionaux de santé, ou l'élaboration et l'exécution d'un programme d'actions spécifiques au secteur. Néanmoins, afin de pouvoir lancer un programme d'action sanitaire spécifique, le secteur sanitaire doit commencer par l'identification des besoins de santé de la population et l'évaluation des actions de santé.

Cependant, le secteur sanitaire de BOGHNI a pour mission d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution de soins, de façon à permettre un accès égale à toutes les couches¹ de la société et ceci en répartissant d'une façon optimale les moyens et les taches des structures lui appartenant.

De plus, le secteur sanitaire de BOGHNI a aussi pour rôle important de mettre en œuvre des activités de prévention de soins de base, en contribuant au contrôle des activités de l'ensemble de ses structures.

1-2-2 : les modalités d'organisation du secteur sanitaire de BOGHNI

A) : l'organisation administrative : le titre II du décret N° 97-466 porte dans son article 09 que le secteur sanitaire est administré par un organe délibérant, qui est le conseil d'administration, dirigé par le directeur de cet établissement. A cet effet, ce dernier est doté d'un organe consultatif, dénommé « le conseil médicale ».

A1) : le conseil d'administration : il se compose d'un représentant du Wali qui préside le conseil, d'un représentant de l'administration des finances, d'un représentants des ressources économiques, d'un représentant des organismes de la sécurité sociale, d'un représentant de l'Assemblée populaire communale (APC) siège de l'établissement, d'un représentant de l'assemblée populaire wilayale (APW), d'un représentant des personnels médicaux élus par ses pairs, d'un représentant des personnels paramédicaux élus par ses pairs, d'un représentant des associations des usagers, d'un représentant des travailleurs élus en assemblée générale, et d'un président du conseil médical.

Néanmoins, les membres du conseil d'administration sont nommés par un mandat de trois années renouvelable par arrêté du Wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent. En revanche, dans le cas d'un arrêté du mandat d'un membre, un nouveau mandat est désigné dans

¹ : On entend par couche de la société ; toutes les différentes classes de cette dernière, qu'elle soit pauvres, riches, ou moyennes.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

les mêmes formes, pour lui succéder jusqu'à la fin du mandat. Le conseil se réunit deux fois par an et dans d'autres cas de nécessité¹.

Toutefois, le conseil d'administration du secteur sanitaire délibère dans le cadre des attributions de ce dernier et est tenu d'être informé sur tout le fonctionnement de l'établissement qu'il dirige. A cet effet, le conseil d'administration a la vocation de délibérer sur les programmes d'action en matière de prévention, d'éducation sanitaire et de soins, de programmes d'entretien des infrastructures et de leurs maintenances, ainsi que celles des équipements de toutes les mesures censées améliorer et développer les actions de santé et de recherche appliquée.

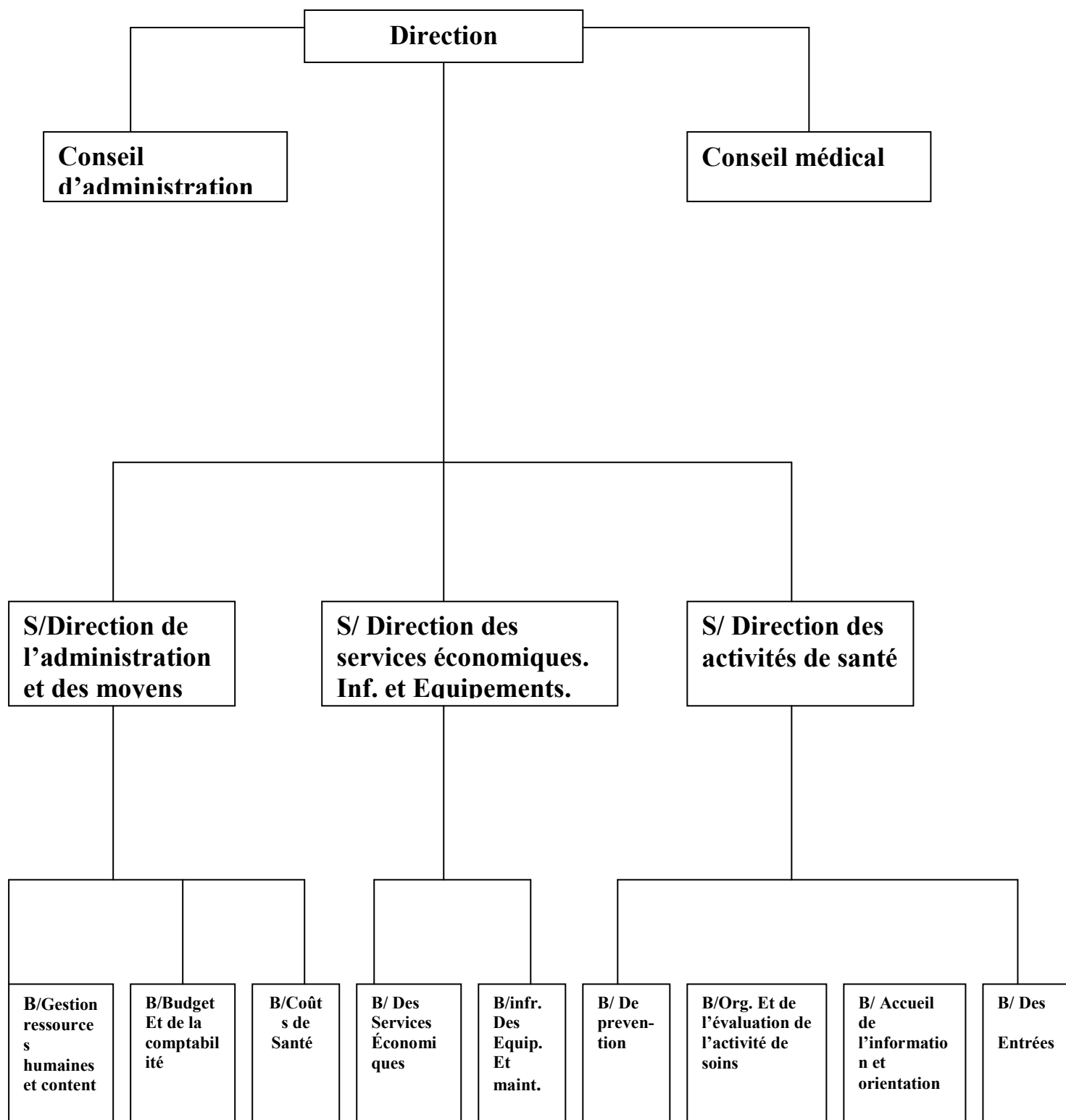
En outre, le conseil d'administration a la vocation de délibérer sur le projet du budget qu'il propose au gouvernement pour adoption, sur la base des prévisions des dépenses annuelles. D'un autre côté, ce même conseil étudie les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services, veille à l'application du règlement intérieur, délibère sur les projets d'investissements, sur les différents litiges et leurs règlements, ainsi que sur le rapport annuel d'activité établi par le directeur de cet établissement de soins. Cependant, ce dernier est une personne nommée par arrêté du ministre chargé de la santé. Il est chargé d'exécuter les recommandations et de réaliser les objectifs tracés par le conseil d'administration. En outre, le directeur du secteur sanitaire exerce ses fonctions conformément à la réglementation en vigueur et est assisté par un ou plusieurs directeurs adjoints, qui sont à leurs tours nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition du directeur de l'établissement.

Par ailleurs, l'organigramme du secteur sanitaire de BOGHNI est déterminé par un arrêté pris conjointement par les ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique et il est comme suit :

Schéma N° 04 : organigramme du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI

¹ : Selon l'article 14 du titre II, du décret 97-466, op cit.

Organigramme du secteur sanitaire de BOGHNI



Source : Bureau d'accueil d'information et d'orientation du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

A cet effet, le directeur du secteur sanitaire de BOGHNI est tenu au bon fonctionnement de son secteur et représente en définitive l'autorité au sein de cette structure. C'est à lui que revient l'obligation d'établir le rapport annuel d'activité qu'il adresse à l'autorité de tutelle après approbation d'administration.

A2) : le conseil médical : la mission principale du conseil médical est d'aider le conseil d'administration à la prise de décision, dans les aspects médicaux de l'organisation et du fonctionnement du secteur. Il est élu en son sein un président pour une durée de trois années renouvelables¹.

Au sein du secteur sanitaire, le conseil médical a un rôle consultatif. C'est pourquoi, ses principales missions s'arrêtent à donner des avis et faire des propositions et recommandations au conseil d'administration, dans le cas des aspects médicaux (équipement médical, réaménagement ou construction des services médicaux, préventions, amélioration de l'organisation des services de soins, délibération sur le déroulement des programmes de santé et de population.)

B) : l'organisation financière : sur le plan du financement des dépenses de fonctionnement, le secteur sanitaire connaît depuis 1973 la pratique du budget global, qui s'est substitué à celle de la tarification à la journée. Néanmoins, l'article 24 du titre III du décret N° 97-466², explique que la nomenclature budgétaire du secteur sanitaire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de celui chargé des finances. En plus, le même titre dans son article 25 explique que le budget du secteur sanitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses qui sont estimés pour le secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2007 à : 350 580 000,00DA pour les recettes et de 346 339 220,56DA³ pour les dépenses. Ce budget se compose de trois modalités : la participation de l'Etat, de la sécurité sociale et des ressources propres de l'établissement.

B1) : La participation de l'Etat : cette modalité de financement se caractérise par le fait qu'elle est annuelle et forfaitaire. L'Etat participe donc au financement du secteur sanitaire moyennant une subvention annuelle globale, sans pour autant tenir compte des activités ou du volume de soins du secteur sanitaire. A cet effet, le financement du secteur sanitaire de BOGHNI couvert par l'Etat est estimé à 70,88%⁴ du total du financement.

B2) : la participation de la sécurité sociale : la sécurité sociale participe au financement du secteur sanitaire à travers un forfait hôpitaux, moyennant le remboursement de frais

¹ : En plus du président et du vice président, le conseil médical comprend les responsables des services médicaux des sous secteurs sanitaires (Médecins), pharmaciens, responsables de la pharmacie, un chirurgien dentiste désigné par le directeur, un paramédical et un responsable des personnels.

² : Selon le décret 97-466, op cit.

³ : Selon les données du bureau du budget et de la comptabilité du secteur sanitaire de BOGHNI

⁴ : IDEM

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

d'hospitalisation qui proviennent des assurances sociales, du fait des soins dispensés à leurs assurés, ou à leur ayant droit hospitalisés, qui étaient calculés sur la base d'une tarification journalière « prix de journée », fixée annuellement par l'autorité de tutelle.

Par ailleurs, la sécurité sociale participe à hauteur de 28,55%¹ au financement du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2007.

B3) : les ressources propres du secteur sanitaire : ce sont des ressources qui devraient parvenir des paiements effectués par les malades payants possédant des ressources propres non couvertes par un régime quelconque d'assurance sociale à la suite de leur hospitalisation. Cependant, les ressources collectées à travers le paiement de la catégorie des malades solvables sont faibles, du fait des difficultés rencontrées pour le recouvrement des créances émises par les hôpitaux auprès des malades.

A cet effet, la proposition des ressources propres du secteur sanitaire de BOGHNI, reste pour autant faible relativement au total de son budget de fonctionnement, d'où une participation qui ne dépasse pas 0,57%² du total du financement de ce secteur en question, pour l'année 2007. 2007.

1-3 : Les modalités de gestion du secteur sanitaire de BOGHNI

La gestion du secteur sanitaire fait état de partage des influences entre une administration accomplissant ses attributions administratives et un corps médical assurant des actes médicaux.

1-3-1 : la gestion du personnel du secteur sanitaire de BOGHNI

Le fait que l'activité sanitaire soit dépendante d'une utilisation massive du personnel, la gestion de ce dernier constitue l'une des tâches les plus importantes de la gestion du secteur sanitaire. Néanmoins, le secteur sanitaire de la commune de BOGHNI emploie de nombreuses catégories de personnel : administratif, économique, technique, médical et paramédical, qui se présentent comme suit³ :

¹ : Selon les données du bureau du budget et de comptabilité du secteur sanitaire de BOGHNI.

² : IDEM.

³ : Données de la direction du personnel du secteur sanitaire de BOGHNI

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Tableau N°10 : Nombre du personnel par services et par spécialités dans le secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2007

Services Spécialités	Nombre du personnel médical	Nombre du personnel paramédical	Nombre du personnel administratif, technique et économique	Total
Chirurgie	05	20	03	28
Maternité	01	22	05	28
Médecine interne	04	28	06	38
Pédiatrie	04	11	02	17
Médecine de travail	02	03	//	05
Stomatologie	20	06	00	26
Urgences	12	57	38	107
Maternité rurale	//	20	08	28
Consultations externes	32	24	11	67
Activités de soins	//	57	14	71
SEMP ¹	08	37	04	49
Imagerie	//	20	//	20
Laboratoire	//	19	07	26
Bloc opératoire	//	23	01	24
Administration	//	//	42	42
Services économiques	//	//	73	73
Services sociaux	//	//	02	02

¹ : SEMEP : service d'épidémiologie et de médecine préventive : c'est un service composé d'une équipe de techniciens de la santé et de médecins qui travaillent dans le but de prévenir toutes sorte de pathologie et veillent à l'application des programmes nationaux pour la vaccination infantile et des adultes, au contrôle des eaux potables, et ceux des cantines scolaires, etc.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Total	88	347	216	651
-------	----	-----	-----	-----

Source : Direction du personnel du secteur sanitaire de BOGHNI.

Le personnel médical du secteur sanitaire de BOGHNI est composé de médecins spécialistes, généralistes et chirurgiens dentistes et sont répartis comme suit :

Tableau N°11 : Nombre de médecins par spécialité et par services eu sein du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2007

Spécialité / Services	Médecins spécialistes	Médecins généralistes	Chirurgiens dentistes	Total
Chirurgie	05	//	//	05
Maternité	01	//	//	01
Médecine interne	01	03	//	04
Pédiatrie	03	01	//	04
Médecine de travail	01	01	//	02
Urgences	//	12	//	12
Stomatologie	//	//	20	20
Consultations externes	//	32	//	32
SEMP	//	06	02	08
Total	11	55	22	88

Source : Direction du personnel du secteur sanitaire de BOGHNI

Toutefois, en plus du personnel médical, il y a le personnel paramédical qui englobe les infirmiers d'Etat, les infirmiers brevetés et en fin les aides soignants. L'affectation de ce personnel paramédical par services au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI se fait comme suit :

Tableau N° 12 : affectation du personnel paramédical par services et par spécialité au sein du secteur sanitaire de BOGHNI :

Spécialité	Infirmiers principaux	Infirmiers diplômés d'Etat	Infirmiers brevetés	Aide paramédical	Total

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Services					
Chirurgie	01	08	08	03	20
Maternité	//	14	07	01	22
Médecine interne	//	16	07	05	28
Pédiatrie	//	04	04	03	11
Médecine de travail	//	01	02	//	03
Maternité rurale	//	12	03	05	20
Urgences	//	35	20	02	57
Stomatologie	//	//	05	01	06
Consultations externes	//	20	03	01	24
Activité de soins	//	14	35	08	57
Bloc opératoire	01	12	08	02	23
Laboratoire	05	13	01	//	19
Imagerie	//	07	08	05	20
SEMP	01	24	08	04	37
Total	08	168	116	35	347

Source : d'après les données de la direction du personnel du secteur sanitaire de BOGHNI.

D'après ces tableaux, on remarque qu'au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI le nombre du personnel paramédical est d'autant plus important que le personnel médical, puisque sur 651 personnels, on trouve 347 de paramédicaux tandis que le personnel médical n'est que de 88 personnes.

1-3-2 : la gestion médicale du secteur sanitaire de BOGHNI

A la différence de la gestion administrative qui traite les problèmes économiques¹, la gestion médicale s'occupe plutôt de l'aspect fonctionnel des divers services dont se compose le secteur sanitaire de BOGHNI. Autrement dit, la gestion médicale se charge de traiter le fonctionnement des services et l'organisation des tâches qui leurs incombent. Pour cela, au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI, on s'est plutôt intéressé dans la gestion médicale à des services qu'on a jugés important et qui sont comme suit :

¹ : Ce point sera traité dans la sous sous section qui suit (1-3-3).

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

A) : Les services d'hospitalisation : se sont des services qui remplissent la fonction d'ébergement des malades. Néanmoins, les malades qui sont admis à ce présent service sont ceux qui nécessitent des soins denses et un suivi thérapeutique en milieu hospitalier.

Toutefois, l'affectation des malades aux services hospitaliers se fait soit par le biais du service des urgences ; suite à une consultation externe, ou après la mise en observation du malade pendant 24H, soit par le biais du malade lui-même qui sollicitent directement le service hospitalier.

Par ailleurs, le secteur sanitaire de BOGHNI contient plusieurs services d'hospitalisation dont on peut citer celui de pédiatrie, de maternité, de chirurgie, de médecine interne, etc. A cet effet, les malades hospitalisés ont besoin des lits d'hospitalisation, et ces derniers sont organisés comme suit, au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI :

Tableau N° 13: Nombre de lit enregistrés au niveau des services médicaux du secteur sanitaire de BOGHNI

Services médicaux	Lits	%
Médecine interne	42	35%
Pédiatrie	19	15,83%
Chirurgie	34	15,83%
Maternité	25	20,83%
Total	120	100%

Source : selon les données du bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

En outre, durant le séjour du malade à l'hôpital jusqu'à sa sortie, une fiche appelée « **fiche navette** » lui sera établie, sur laquelle on mentionnera tous les actes de soins.

Ainsi, cette mention de soins prodigués suivant des codifications sur la fiche navette, aide le bureau des entrées à évaluer le prix de revient du séjour hospitalier d'un malade, afin d'établir sa facture. A cet effet, la fiche navette est délivrée par le bureau des entrées et comporte une série de renseignements sur l'état civil du malade avant son admission à l'hôpital. Cette fiche¹ se présente comme suit :

¹ : D'après les données du bureau des entrées du secteur sanitaire de BOGHNI.

Schéma N° 05 : Fiche navette du secteur sanitaire de BOGHNI:

HOPITAL																			
.....																			
FICHE NAVETTE																			
				PAGE															
IDENTIFICATION DU PATIENT																			
1. N° D'ADMISSION			2. GROUPE SANGUIN																
3. AGE																			
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>																	
4. Nom		5. Nom de jeune fille.....		6. Prénom.....															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">7. Services</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">8. Nom et qualité du chef de service.....</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>					7. Services			8. Nom et qualité du chef de service.....											
7. Services			8. Nom et qualité du chef de service.....																
9. Date d'entrée			10. Heure d'entrée																
11. Nom de salle :.....			12. : N° lit :.....																
13. Nom, Prénom et qualité du médecin traitant :.....																			
14. Mode d'entrée..... 15. Code d'entrée.....																			
Hospitalisation dans un autre service (Mouvement du Malade)																			
16. Service	17. Date	18. : Heure	19. Nom de salle/N°lit	20. Médecin traitant															
	D'entrée	D'entrée																	
.....															
.....															
.....															

Source : Bureau des entrées du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Néanmoins, il faut signaler que le bureau des entrées n'est pas seulement chargé de la comptabilité des malades, mais il a un rôle très important à jouer dans ce qui est appelée « la gestion des malades ». C'est ce qu'on verra dans le point suivant :

B) : le bureau des entrées : il est aussi appelé le bureau des admissions. Il est considéré comme le lien entre les services d'hospitalisation et ceux d'économat d'une part, et entre le secteur sanitaire et les divers autorités publiques d'autre part.

C) : les services médico-techniques : les divers services médico-techniques du secteur sanitaire de BOGHNI sont : le service de radiologie et celui de laboratoire et d'analyse médicale qui sont disponibles afin de répondre aux services d'hospitalisation et aux exigences des individus, n'ayant pas une maladie ou une blessure grave.

Toutefois, la gestion interne des services médico-techniques se résume dans la fourniture des analyses de laboratoire, s'occuper des examens de radiologie, la gestion des équipements et des stocks des produits, la gestion du personnel et en fin l'organisation du travail au sein de leurs services (la fiabilité et la rapidité).

D) : La prévention : en plus des tâches des soins primaires et d'hospitalisation, le secteur sanitaire de BOGHNI s'occupe d'une tâche principale qui est celle de l'intervention dans le domaine de la prévention, qui prend en considération la protection maternelle et infantile, la lutte contre la mortalité infantile en prenant en charge le suivi des nouveau nés sur tous les plans nécessaires (vaccins, sel d'hydratation, etc.), la lutte contre les maladies à transmission hydrique ainsi que la prise en considération de la santé scolaire.

E) : le service des urgences : c'est celui où sont dirigés les blésés et les malades en cas de traitement immédiats, effectués par les médecins généralistes. Néanmoins, les services des urgences sont caractérisés en tant qu'aléatoire, du fait que le nombre des malades qui nécessitent des interventions médicales et chirurgicales, ne pourrait être préalablement défini¹. En plus, il est important d'utiliser ce service d'une manière rationnelle, afin de satisfaire au maximum les besoins sanitaires de la population, et ce malgré l'insuffisance en matière des moyens.

Ainsi, le secteur sanitaire de BOGHNI se caractérise par sa multitude de services médicaux, qui exigent une gestion rationnelle et des moyens nécessaires pour répondre à la demande de la population en santé.

¹ : voir, Salmi M., « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaire en Algérie, éléments pour un diagnostic, cas du secteur sanitaire de LNI », mémoire de Magister en sciences économiques, option : gestion des entreprises, Juin, 1998, 144pages.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

1-3-3 : la gestion des services économiques

Le service économique du secteur sanitaire est géré par une personne appelée « ECONOMOME » ou « GESTIONNAIRE » qui est chargé d'effectuer les opérations de liquidation de tout ce qui est nécessaire à l'exécution des différentes tâches confiées au secteur sanitaire.

A) : les objectifs et les contraintes de la gestion des services économiques

La gestion des services économiques du secteur sanitaires est mise en œuvre afin d'arriver à donner une meilleure réponse aux différentes demandes des services hospitaliers et extrahospitaliers en matière des inputs, d'obtenir des tarifs concurrentiels en jouant sur la qualité, à modérer l'utilisation des inputs pour éviter leur dilapidation, à maintenir un stock de sécurité des différents inputs, mais aussi à créer des concurrences entre les fournisseurs afin d'arriver à une baisse des prix des produits qu'ils proposent.

Néanmoins, cette gestion rencontre plusieurs inconvénients qui freinent la réalisation de ces précédents objectifs, dont des contraintes d'ordre institutionnelles, financières, etc. à cet effet, on peut citer les contraintes suivantes :

- La non possibilité de dépasser le crédit autorisé pour une dépense ;
- La non possibilité d'engager une dépense qu'avec l'existence du crédit disponible ;
- L'obligation de passer une écriture à chaque opération de dépenses engagée ;
- Le budget est échelonné sur une période déterminée d'un exercice ; qu'il faudrait gérer à bon escient.

Quoique, le secteur sanitaire ne reçoit pas directement les ressources qui lui sont affectées, mais elles sont plutôt versées dans un compte spécial ; ouvert au nom du receveur intercommunal, qui assure un rôle de payeur au profit des secteurs sanitaires.

Cependant, ces receveurs intercommunaux sont tenus avant d'admettre une quelconque dépense de s'assurer de la conformité de l'opération avec les lois et les règlements en vigueur, de la qualité de l'ordonnateur de la dépense publique, de la disponibilité des crédits, mais aussi de la conformité des dépenses inscrites au titre « Dépenses » et du blocage en cas de dépassement des crédits autorisés.

B) : Les outils de contrôle des dépenses des secteurs sanitaires : la comptabilité

La comptabilité qu'applique le secteur sanitaire a pour principale objectif de maîtriser et de cerner les dépenses dans la limite des crédits. Ainsi, la comptabilité constitue un outil de contrôle des sommes qui leurs sont allouées. C'est pourquoi, en octobre 2001, un système de calcul des coûts à été mis en place, basé sur la comptabilité analytique hospitalière, afin d'arriver à la

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

maîtrise des dépenses de soins. La comptabilité analytique sert alors à déterminer le prix de revient d'une journée d'hospitalisation, et même d'arrêter ce prix dans les phases séquentielles, occasionnées par l'acte de soins.

Ainsi, l'augmentation des besoins sanitaires de la population en Algérie conduits à un déséquilibre entre l'offre et la demande en matière de soins, ce qui amène à la non maîtrise des dépenses de soins, et ce qui a conduit à l'application de la comptabilité analytique hospitalière au sein de tous les établissements de soins, à savoir les secteurs sanitaires, afin de pouvoir faire face à cette augmentation.

A cet effet, nous avons concentré notre étude au secteur sanitaire de BOGHNI, afin de voir comment la méthode des sections homogènes a été appliquée, et comment s'effectuent le calcul d'une journée d'hospitalisation dans les établissements de soins en Algérie. Tout cela est dans le but de voir si cette méthode de calcul des coûts est arrivée à son but, ou est-ce au contraire, la situation n'a pas évolué depuis son application. C'est ce qui fera l'objet de la prochaine section.

Section 02 : Calcul des coûts et application de la méthode des sections homogènes au sein du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI

Le système de calcul des coûts de soins en Algérie est mis en place en 2002, suite à l'application de l'instruction N° 15/MSP/MIN du 03/10/2001. Cela constitue un système de répartition des charges entre les différents services de l'établissement de soins, dans le but de la détermination d'un coût complet par service. Néanmoins, comme suscité dans le chapitre III, ce système ne constitue en aucune manière, une comptabilité analytique proprement dite.

Par ailleurs, la démarche méthodologique contenue dans le guide établie par la tutelle ainsi que les modalités de mise en œuvre de ce système de calcul des coûts sanitaires, ont été respectés dans leur totalité selon la présentation établie au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI¹.

A cet effet, il est question d'étudier et d'analyser dans cette seconde section les différents résultats statistiques obtenus par l'application de la méthode des sections homogènes au niveau d'un échantillon de services, au sein du secteur sanitaire de BOGHNI, pour l'année 2006 et l'année 2007.

En outre, d'après les entretiens et les enquêtes que nous avons réalisés au sein du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI, trois études principales nous semblent importantes et indispensable à étudier, à savoir l'étude du découpage du secteur sanitaire de BOGHNI, celle de l'affectation des charges de cet établissement et enfin l'étude de calcul de coût d'une journée

¹ : D'après les entretiens et les enquêtes réalisées au sein du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

d'hospitalisation. Tout cela, nous conduira à analyser la méthode des sections homogènes appliquée en Algérie et faire ressortir ses limites.

2-1 : Présentation des principales étapes de calcul des coûts au sein du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI

2-1-1 : Le découpage analytique du secteur sanitaire de BOGHNI

Afin de pouvoir réaliser l'objectif principal de ce présent travail, qui consiste dans l'analyse de la méthode de calcul des coûts sanitaires et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie ; et l'interprétation des résultats obtenus à travers l'application de cette dernière au sein du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI, il est indispensable de procéder d'abord au découpage analytique de ce secteur en différents centres d'analyse appelés aussi « sections homogènes ».

A cet effet, le découpage analytique du secteur sanitaire de BOGHNI est fait selon l'importance de l'activité et la hiérarchisation, ce qui nous conduit à distinguer entre deux types de sections d'analyse¹ :

A) : Sections principales à caractère médical : se sont les services dont les prestations bénéficient aux biens et services rendus par l'établissement. Autrement dit, les sections principales du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI se constituent des différents services d'hospitalisation de ce dernier, qui se présentent comme le montre le tableau ci dessous:

Tableau N°14 : les sections principales à caractère médical du secteur sanitaire de BOGHNI.

Sections principales		
Services	Unités d'oeuvre	Supports d'information
Chirurgie	Journée d'hospitalisation (JH)	B1
Maternité	Journée d'hospitalisation (JH)	B1
Médecine interne	Journée d'hospitalisation (JH)	B1
Pédiatrie	Journée d'hospitalisation (JH)	B1
Médecine de travail	C	B1
Urgence	Package	B1
Stomatologie	D	B8
Consultation externe	C	B1
Maternité rurale	Nombre d'accouchement	B1

¹ : Selon les informations reçues de l'enquête et des entretiens réalisés au sein des différents services du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Activité de soins	Package	/
-------------------	---------	---

Source : la direction de l'évaluation et de l'analyse des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

B) : les sections auxiliaires du secteur sanitaire de BOGHNI : elles se constituent des différents centres d'analyses n'ayant pas de rapports directs avec les produits réalisés par l'établissement public de soins, à savoir :

- Les centres d'activités liés aux fonctions d'administration générale. A cet effet, on inclura les centres d'activités liés aux fonctions de financements, de gestion des ressources humaines, ainsi que les centres d'activités liés aux fonctions des services (bureau des admissions) ;
- Les centres d'activités liés aux fonctions de gestion technique (gestion de parc auto, chaufferie, ateliers, services généraux, jardinage) ;
- Les centres d'activités liés aux fonctions de gestion des services économiques (dépenses), (lingerie, restauration, buanderie, magasins) ;
- Les centres d'activités liés aux fonctions du plateau technique (laboratoire, imagerie, etc.).

Ainsi, tous ces centres d'activités se présentent au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI comme suite :

Tableau N°15 : Les sections auxiliaires du secteur sanitaire de BOGHNI

Sections auxiliaires		
Services	Unités d'oeuvre	Supports d'information
Bloc opératoire	K	B7
Laboratoire	B	B5
Imagerie	R	B6
SEMEP	Dinars le dinars (DA le DA)	/
Administration	Dinars le dinars (DA le DA)	Informations provenant des trois sous directions.
Services économiques	Dinars le dinars (DA le DA)	
Services sociaux	Dinars le dinars (DA le DA)	

Source : selon les données de la direction d'évaluation et d'analyse des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

2-1-2 : Supports d'information et sources des données

A) : concepts des supports d'information : Selon le découpage analytique du secteur sanitaire de BOGHNI et selon le guide méthodologique établie par le ministère de la santé et de la population, trois types de supports d'information doivent être conçus pour le calcul du coût d'une journée d'hospitalisation, à savoir :

- Le CANEVA « A » —————> Les charges —————> Tableaux A1 à A9.
- Le CANEVA « B » —————> Les activités —————> Tableaux B1 à B10.
- Le CANEVA « C » —————> Les répartitions —————> Tableaux C1 à C3.

B) : Collecte et sources des données : La collecte des sources de données au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI s'effectue suivant le tableau suivant :

Tableau N°16 : Sources des données

Supports d'information		Responsabilité de la source des données
Masse salariale	A1	Sous direction du personnel
Dépenses alimentaires globales	A2	Dépensier (services économiques)
Nombre de repas consommé par service	A3	Chef cuisinier (service économique)
Dépenses de pharmacie	A5	Pharmacie
Etat de consommation	A6	Les chefs de service
Fournitures diverses	A7	Magasinier (service économique)
Entretiens et maintenances	A8	Economat
Charges communes	A9	Bureau des finances
Activité des services d'hospitalisation	B1	Le bureau des entrées
Activité de laboratoire	B5	Le chef de service du laboratoire
Activité de l'imagerie	B6	Le chef de service de l'imagerie
Activité du bloc opératoire	B7	Le chef de service
Activité de stomatologie	B8	Le chef de service
Activité du plateau technique	B10	La direction des activités de santé
Répartition primaire des charges	C1	Le bureau d'analyse et d'évaluation de coûts
Répartition secondaire des charges	C2	Le bureau d'analyse et d'évaluation de coûts
Tableau récapitulatif des répartitions	C3	Le bureau d'analyse et d'évaluation de coûts

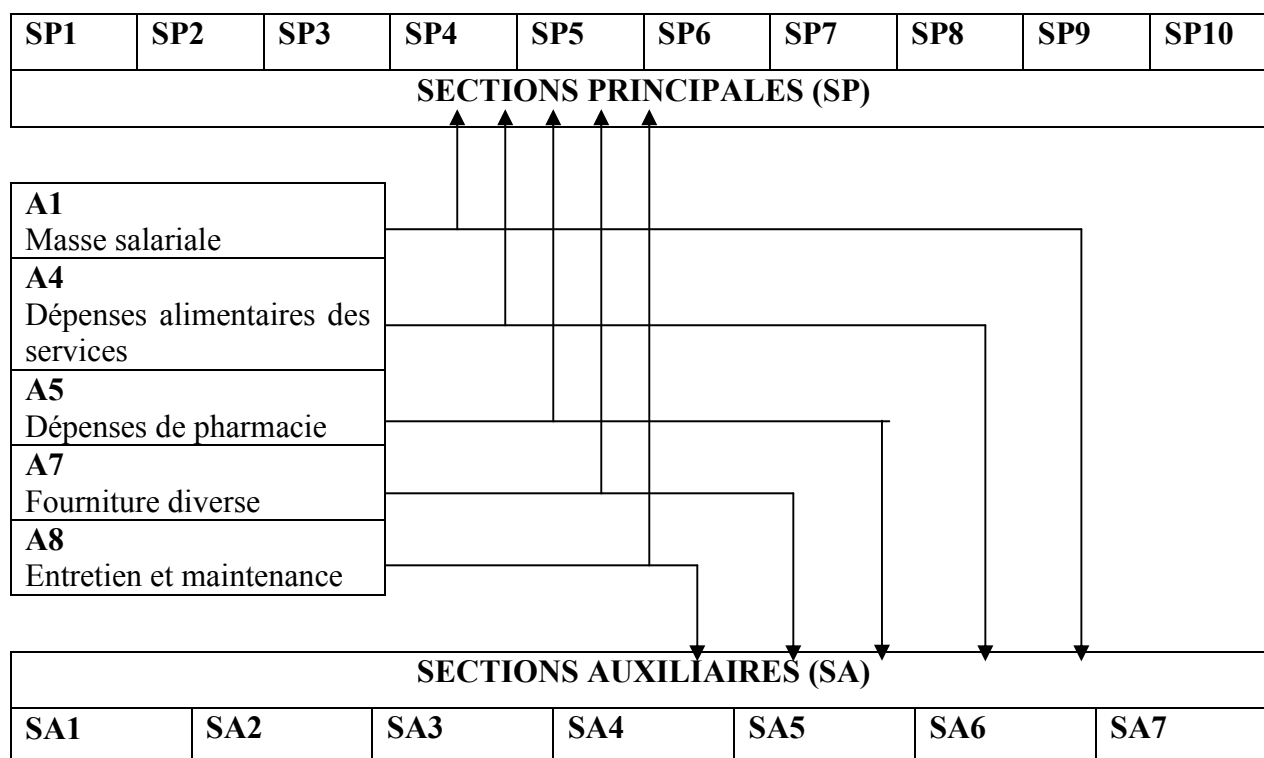
Source : selon les données du bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

2-1-3 : Répartition des charges : Au moment de la répartition des charges au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI, on distingue deux étapes essentielles, à savoir celle de la répartition primaires et celle de la répartition secondaire de ces charges ; qu'on présentera comme suite :

A) : l'affectation primaire des charges : c'est l'étape dans le quelle s'effectue l'affectation des charges directes aux sections principales et aux sections auxiliaires. Néanmoins, on peut présenter cette opération par le schéma qui suit :

Schéma N°06 : Affectation des charges directes aux sections principales et auxiliaires

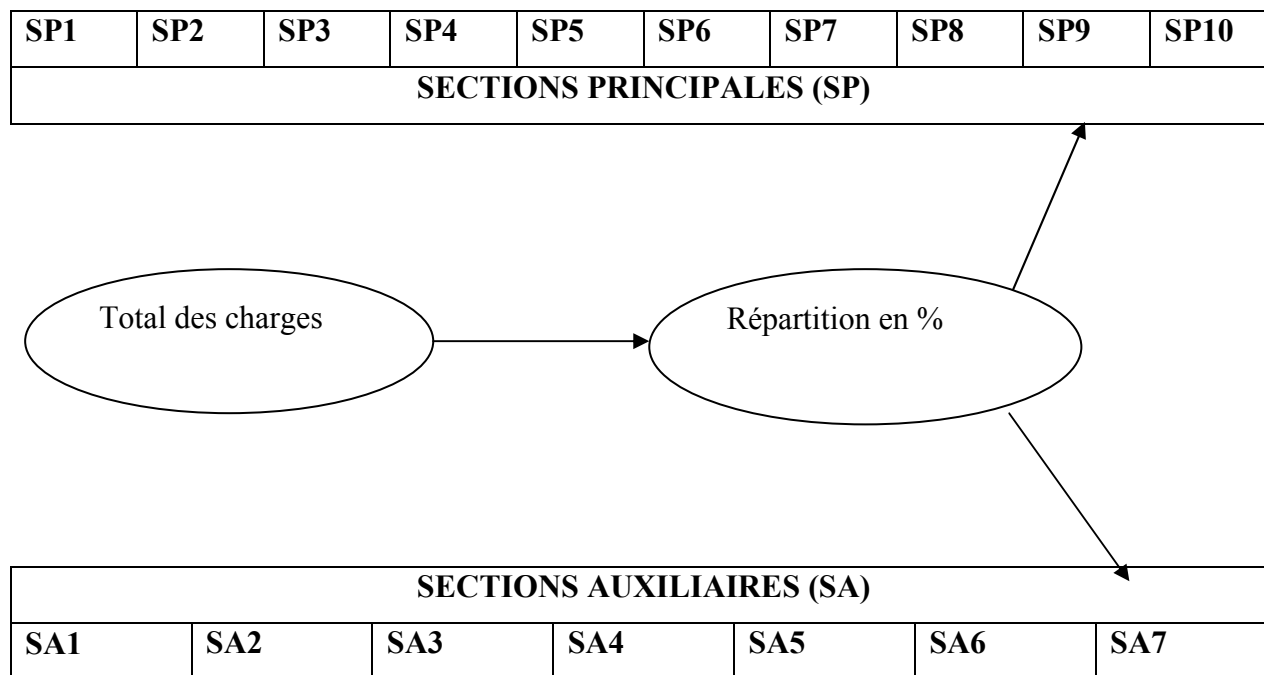


Source : Mékhalfa A., op cit, p 22.

Ce ci concerne l'affectation des charges directes de l'établissement de soins. Néanmoins, la répartition du montant global des charges commune entre les différentes sections principales et auxiliaires du même établissement s'effectue selon le schéma suivant :

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Schéma N°07 : répartition du montant global des charges communes entre les différentes sections principales et auxiliaires



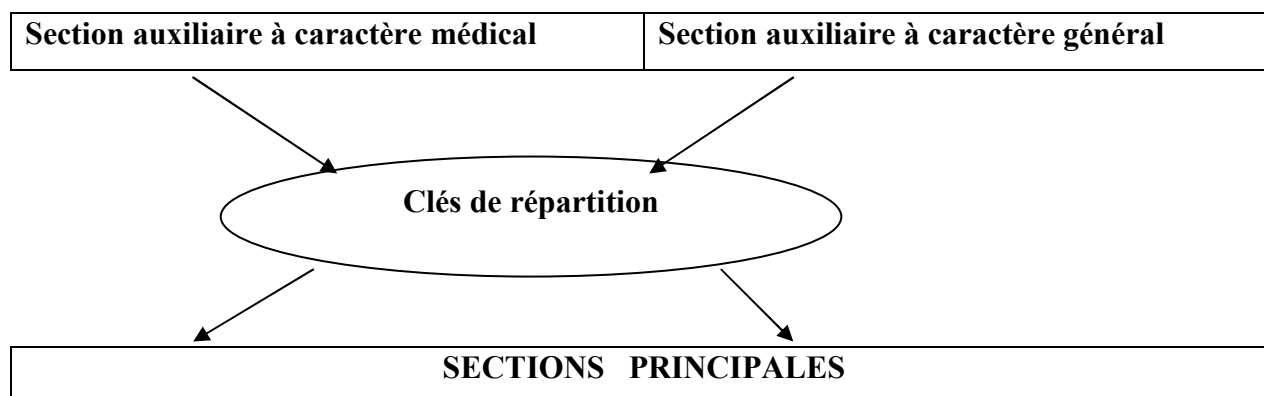
Source : Mékhalfa A., op cit, p 22.

Toutefois, il faudra dans ce cas noter que :

La quote part du montant global des charges en % = total des charges directes de la section considérée/ total général des charges directes des sections principales et sections auxiliaires

B) : la répartition secondaire des charges : La répartition totale des charges de chacune des sections auxiliaires sur l'ensemble des sections principales par le biais des clés de répartition s'effectue suivant le schéma suivant :

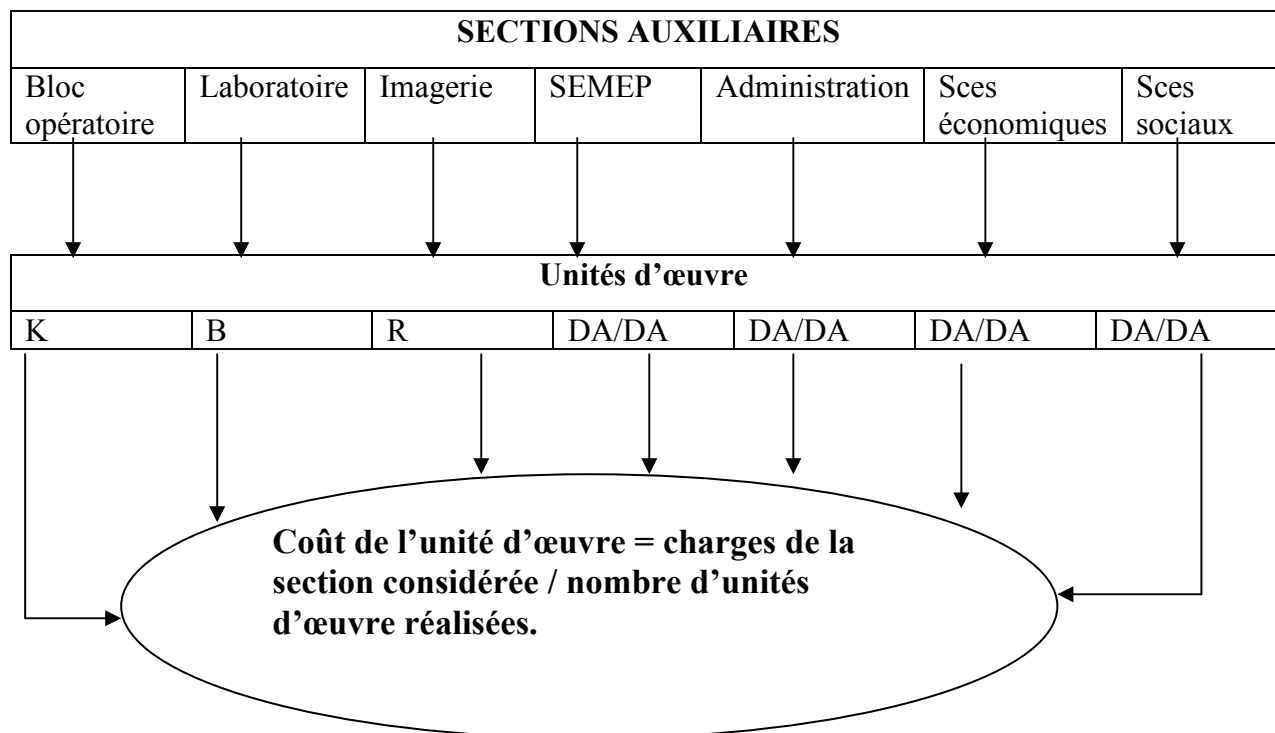
Schéma N°08 : la répartition secondaire des charges



Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Cependant, afin de connaître le coût d'une journée d'hospitalisation, il est indispensable de passer par le calcul des coûts des unités d'œuvre des sections auxiliaires à caractère médicale qui peuvent être obtenue en divisant le coûts total des charges de la section considérée par le nombre des unités d'œuvre réalisées :

Schéma N° 09 : calcul des coûts des unités d'œuvres¹



A cet effet, notons que :

La quote part des charges de la section auxiliaire qui revient à une section principale = le nombre d'unités d'œuvres consommées × le coût de l'unité d'œuvre.

Néanmoins, la répartition des charges des sections auxiliaires à caractère général entre les différentes sections principales se fait par le biais d'une clé de répartition appelée « au dinars le dinars ». Cette dernière n'est qu'un pourcentage présentant le rapport du montant des charges directes et indirectes de la section principale considérée ; sur le total des charges des sections principales. C'est-à-dire :

¹ : Selon : Margerin J., Ausset G., comptabilité analytique comme outil de gestion, op cit.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Le pourcentage % = le total des montants des charges directes et indirectes de la section principales considérées / montant total des sections principales.

Ainsi : la quote part du montant d'une section auxiliaire à caractère général qui revient à chaque section principale = le montant total de la section auxiliaire à caractère général considérée × (%)

2-2 : fonctionnement de la méthode des sections homogènes et le calcul d'une journée d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI

2-2-1 : Les activités des services d'hospitalisation du secteur sanitaire de BOGHNI

Le calcul de coût d'une journée d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI s'effectue suivant les étapes de la méthode des sections homogènes appliquée au niveau des établissements publics de soins algériens depuis octobre 2001.

Néanmoins, avant de procéder au calcul du coût d'une journée d'hospitalisation au sein du secteur sanitaire de BOGHNI, il est essentiel de connaître d'abord le nombre de journées d'hospitalisation réalisées durant l'année 2006 et l'année 2007 dans ce secteur, ainsi que le nombre de malades admis durant la même période, afin de faire une comparaison entre les deux années citées ci-dessus et voir la variation du coût d'une journée d'hospitalisation d'une année à une autre, puis déduire l'impact de cette méthode sur la maîtrise des dépenses et des coûts de soins en Algérie.

A cet effet, le tableau ci-dessous donne le nombre des malades par service ; admis au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI durant l'année 2006 et l'année 2007 :

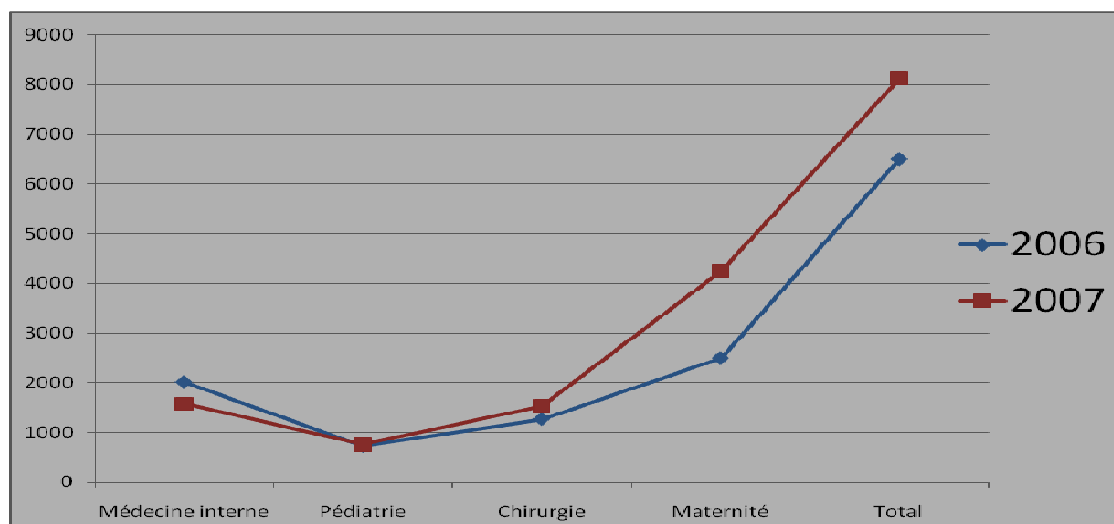
Tableau N° 17 : Nombre des malades admis au secteur sanitaire de BOGHNI durant 2006 et 2007

Nombre de malades admis		
Année	2006	2007
Sections		
Médecine interne	2013	1576
Pédiatrie	732	760
Chirurgie	1267	1535
Maternité	2497	4259
Total	6509	8130

Source : bureau des entrées du secteur sanitaire de BOGHNI

Graph N° 02 : Nombre de malades admis au sein du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2006 et l'année 2007

Malades



Source : bureau des entrées du SS de BOGHNI

D'après le tableau et le schéma ci-dessus, on constate que le nombre des malades admis et hospitalisés au sein du secteur sanitaire de BOGHNI a augmenté, puisqu'il est passé de 6509 malades en 2006 à 8130 malades hospitalisés en 2007. Néanmoins, pour ce nombre, le nombre de journée d'hospitalisation aussi varie d'un service à un autre et d'une année à une autre, comme suit :

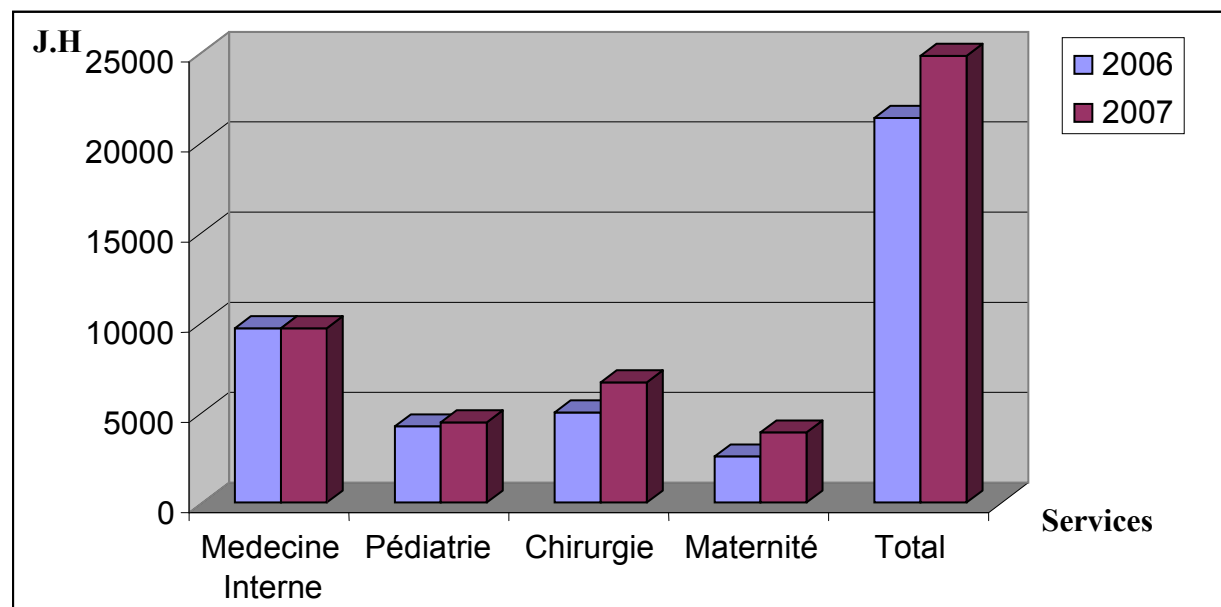
Tableau N°18 : Nombre de journées d'hospitalisation réalisées au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI

Nombre de journées d'hospitalisation		
Année	2006	2007
Sections		
Médecine interne	9682	9731
Pédiatrie	4232	4469
Chirurgie	4993	6729
Maternité	2550	3942
Total	21457	24871

Source : bureau des entrées du secteur sanitaire de BOGHNI

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Graphe N° 03: Nombre de journées d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI en 2006 et en 2007



Source : bureau des entrées + calculs personnels

Ainsi, l'augmentation du nombre des malades de 2006 à 2007 avait engendré l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation durant la même période, puisque ce dernier est passé de 21457 JH en 2006 à 24871 JH en 2007.

Par ailleurs, à partir des deux tableaux ci-dessus, on peut évaluer la durée moyenne du séjour (DMS) de chaque service durant cette période, qui constitue le rapport du nombre de journée d'hospitalisation de chaque année sur le nombre d'admission de la même année, ce qui a donné le tableau suivant :

Tableau N°19 : la durée moyenne du séjour (DMS), au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI

Durée moyenne du séjour (DMS)		
Année	2006	2007
Sections		
Médecine interne	4,81	6,17
Pédiatrie	5,78	5,88
Chirurgie	3,94	4,38
Maternité	1,02	0,93
Total	3,30	3,06

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Source : selon les données du bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

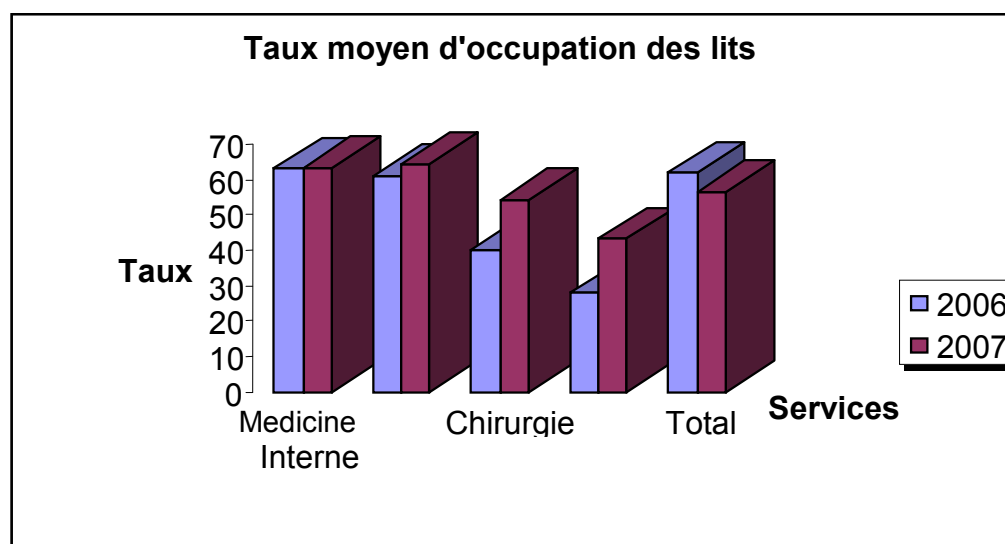
A partir des tableaux précédents, on peut calculer le taux moyen d'occupation des lits (TOM)¹ du secteur sanitaire de BOGHNI et avoir le tableau suivant :

Tableau N° 20 : le taux moyen d'occupation des lits au sein du secteur sanitaire de BOGHNI en %

Taux moyen d'occupation des lits (TOM)		
Année \ Sections	2006	2007
Médecine interne	63,16	63,48
Pédiatrie	61,02	64,44
Chirurgie	40,23	54,22
Maternité	27,95	43,20
Total	61,93	56,78

Source : selon les données du bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

Graphe N°04 : Taux moyen d'occupation des lits



Source : calcul personnel

¹ : voir la méthode de calcul du TMO en chapitre III dans le point 3-2-3.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Le tableau et le graphe ci-dessus nous emmènent à déduire que malgré l'augmentation du nombre des malades hospitalisés et des journées d'hospitalisation réalisées de l'année 2006 à l'année 2007, la durée moyenne du séjour et le taux moyen d'occupation des lits quant à eux ont diminuer durant cette période, puisque la durée moyenne de séjour est passée de 3,30 en 2006 à 3,06 en 2007, et le taux moyen d'occupation des lit est passé de 61,93 %en 2006 à 56,78% en 2007. cela nous conduit à s'interroger sur la vrais raison de la durée des journée d'hospitalisation et se demander si cela est dû à des raison proprement médicales, ou est-ce dû au coût de la journée d'hospitalisation.

Afin de pouvoir répondre à ces interrogations, il est indispensable de passer par le calcul du coût d'une journée d'hospitalisation dans les différents services du secteur sanitaire de BOGHNI durant la période étudiée, afin de comprendre le principe du calcul de cette journée sus citée, et voir si le système appliqué depuis 2002 à nos jours a apporté des solutions à la non maîtrise des dépenses et des coûts de soins, ou est-ce le contraire qui s'est produit.

2-2-2 : le calcul d'une journée d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI suivant la méthode des sections homogènes

Le calcul d'une journée d'hospitalisation est exprimé par les charges directes et les charges indirectes réalisées par l'ensemble des services d'hospitalisation. A cet effet, pour arriver au coût définitif d'une journée d'hospitalisation il faudra commencer par la répartition des charges qui s'effectue comme sus cités, suivant deux méthodes nécessaires, a savoir : la répartition primaire et la répartition secondaire.

A) : la répartition primaire des charges au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI

Les tableaux ci après représentent l'affectation des charges directes dans les sections auxiliaires et principales, dont le total est appelé charge de la répartition primaire qui constitue la base de la répartition secondaire, durant la période étudiée¹.

¹ : On a choisi de faire notre étude de cas au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI sur deux année (2006 à 2007), car, le fait que la méthode des section homogènes n'est appliquée qu'en 2002 au sein des établissements publics de soins en Algérie, les première années sont considérées comme des années d'essai, alors que les années qui reflètent le mieux les résultats obtenue de cette nouvelle réforme, ne sont que ces dernières années.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Tableau N°21 : Répartition primaire des charges aux sections auxiliaires ; au sein du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'exercice 2006 et 2007(en dinars).

Sections auxiliaires										
2006										
Section s	Bloc Opérateur	Laboratoire	Imagerie	SEMEP	Administration	Sces Economiques	Sces sociaux	Total		
Personnel	7322263,90	7374972,00	6220397,60	15020356,58	10121455,00	18384673,03	515326,92	64959445,03		
Alimentations	294988,96				69507,20	557422,68		921918,84		
Pharmacie	3019797,11	2481039,34	1754754,21	732526,47				14583117,13		
Fournitures diverses	151011,08	284349,43	76164,02	130489,35	526252,23	871453,28	36730,65	2076450,04		
Entretien et maintenance	42973,85	13679,55	1154,00	3386,41	52916,35	118620,46	161955,07	394685,69		
Charges communes	581688,02	544559,00	431796,78	1206005,66	577562,57	1069865,91	38504,17	4449982,10		
Total	11412722,92	10698599,32	8484266,61	23687764,47	11347693,35	21002035,36	752516,81	87385598,83		
2007										
Section s	Bloc Opérateur	Laboratoire	Imagerie	SEMEP	Administration	Sces Economiques	Sces sociaux	Total		
Personnel	11030281,34	10042255,44	8004477,12	20152257,60	13279746,00	17687404,70	582826,92	80779249,12		
Alimentations	307632,36				58146,43	610285,12		976063,82		
Pharmacie	4166057,71	2928521,21	2076385,76	6061771,88	514,84			15233251,40		
Fournitures diverses	161641,93	97498,75	15845,20	83207,88	827211,34	713754,52	595682,55	2494842,17		
Entretiens	33131,24	47819,10	9535,55	16606,65	224456,76	179018,60	311092,24	821660,14		
Charges communes	819596,31	683479,61	527090,21	1372751,42	750089,91	999154,51	78194,70	5230356,67		
Total	16518340,89	13799574,11	10633333,84	27686595,43	15140165,19	20189617,45	1567796,41	105535423,32		

Source : Bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Tableau N°22 : répartition primaire des charges aux sections principales durant l'année 2006 et 2007, au sein du secteur sanitaire de BOGHNI (En DINARS)

Année	2006						2007					
	pédiatrie	maternité	Med interne	chirurgie	Total	pédiatrie	maternité	Med interne	chirurgie	Total		
Personnel	4520940,52	6678989,81	17817599,32	9255503,23	38273032,88	7319362,68	11329624,48	15579632,91	12562735,28	46491355,4		
Alimentations	1392239,90	614597,90	2552307,78	1039689,00	5598831,58	1516689,53	749160,58	2577583,58	1601051,24	6444484,93		
Pharmacie	803191,11	1502762,49	2817373,20	2204435,87	7327762,67	1067618,86	2569282,08	3439654,40	2999166,22	10075721,56		
Fournitures diverses	124169,96	160330,70	281718,89	230200,68	796420,23	80550,56	139761,59	230921,86	195646,91	646880,92		
Entretien	36137,00	54923,65	63920,00	35118,20	190098,85	32566,70	63397,43	63282,39	71584,51	230831,03		
Charges communes	368539,93	484052,44	1262386,76	684824,19	2799803,32	522746,06	774706,76	1142511,47	909375,41	3349339,7		
Total	7245218,42	9495656,99	24795305,95	13449771,17	54985952,50	10539534,39	15626232,92	23033586,61	18039559,57	67238913,50		

Source : Bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

En ce qui concerne la répartition primaire des charges aux différentes sections auxiliaires du secteur sanitaire de BOGHNI, le tableau N° 21 montre que le montant affecté à ces dernières a considérablement augmenté, puisqu'il est passé de **87 385 598,83 DA** en 2006 à **105 535 423,32 DA** en 2007. Ceci dit, les charges affectées à chaque service ou section auxiliaires ; comme par exemple le bloc opératoire, l'imagerie, etc., couvrent les frais de plusieurs activités fournies pour ce même service, à savoir ceux de l'alimentation, de la pharmacie, du personnel qui y travail au sein de ce service, les frais des fournitures diverses qu'a reçu ce service pendant toute l'année, mais aussi les frais des travaux d'entretiens et de maintenances effectués durant toute l'année au niveau du service considéré.

Toutefois, en ce qui concerne la répartition primaire des charges aux sections principales, le montant affecté à ces dernières couvre aussi toutes les taches citées plus haut, et a connu lui aussi une hausse remarquable de 2006 à 2007. Pour cela et afin de faciliter notre analyse, on a choisi de centrer notre étude sur les quatre services (sections principales) les plus importants¹ au sein du secteur sanitaire de BOGHNI, qui sont : celui de pédiatrie, de la maternité, de la chirurgie et de la médecine interne. En effet, le montant global affecté à ces derniers est passé de **54 985 952,50 DA** en 2006 à **67238913,50** en 2007. Le montant de chacun de ces services médicaux a augmenté, sauf celui de la médecine interne qui a légèrement baissé durant ces deux années².

Néanmoins, ceci concerne la répartition primaire. Mais pour arriver au calcul du coût d'une journée d'hospitalisation des malades, il est indispensable de passer à la répartition secondaire de ces charges, qui se fait comme le montre le point suivant.

B) : la répartition secondaires des charges au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI

Cette répartition secondaire se base sur les résultats obtenus dans la répartition primaire établie plus haut. Les tableaux si après montrent le principe de cette répartition au niveau des sections auxiliaires et des sections principales du secteur sanitaire de BOGHNI. Néanmoins, c'est de cette répartition que le coût d'une JH est en fin établi.

¹ : Ces quatre services sont jugés, comme les plus importants au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI : d'après nos entretiens réalisés avec le personnel de ce secteur sanitaire.

² : voir tableau N° 22.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Tableau N° 23 : répartition secondaire des charges aux sections auxiliaires durant l'année 2006 et 2007, au sein du secteur sanitaire de BOGHNI (EN DINARS)
Sections auxiliaires

Année	2006									
	Bloc Opérateur	Laboratoire	Imagerie	SEMEP	Administration	Sces économiq	Sces sociaux			
Répartition primaire	11412722,92	10698599,32	8484266,61	23687764,47	11347693,35	21002035,36	752516,81			
Bloc Opérateur	11412722,92									
Laboratoire		10698599,32								
Imagerie			8484266,61							
SEMEP				23687764,47						
Administration					11347693,35					
Sces Economiques						21002035,36				
Sces sociaux							752516,81			
Unité d'œuvre	K	B	R	DA/DA	DA/DA	DA/DA	DA/DA			
NBR d'unité d'oeuvre	44110	1210342	531716							
Coût d'unité d'oeuvre	258,73	8,84	15,96							
Sections auxiliaires										
2007										
Année										
Section s	Bloc Opérateur	Laboratoire	Imagerie	SEMEP	Administration	Sces économiq	Services sociaux			
Répartition primaire	16518340,89	13799574,11	10633333,84	27686595,43	15140165,19	20189617,45	1567796,41			
Bloc Opérateur	16518340,89									
Laboratoire		13799574,11								
Imagerie			10633333,84							
SEMEP				27686595,43						
Administration					15140165,19					
Sces Economiques						20189617,45				
Sces sociaux							1567796,41			
Unité d'œuvre	K	B	R	DA/DA	DA/DA	DA/DA	DA/DA			
NBR d'unité d'oeuvre	60280	1418498	521122							
Coût d'unité d'oeuvre	274,03	9,73	20,40							

Source : bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Tableau N° 24 : répartition secondaire des charges aux sections principales durant l'année 2006 et 2007, au sein du secteur sanitaire de BOGHNI (EN DINAR)

Année	2006						2007					
	pédiatrie	maternité	Med interne	chirurgie	Total	Total	pédiatrie	maternité	Med interne	chirurgie	Total	
Répartition primaire	7 245 218,42	9 495 656,99	24 795 305,95	13 449 771,17	54 985 952,53	54 985 952,53	10 539 534,39	1 562 623,92	23 033 586,61	18 039 559,57	67 238 913,5	
Bloc Opérateur				11 412 722,92	11 412 722,92					16 518 340,89	16 518 340,89	
Laboratoire	1 198 266,12	859 172,56	1 125 619,00	701 864,76	3 884 922,44	3 884 922,44	1 447 055,33	986 291,18	1 380 735,65	933 768,64	4 747 850,8	
Imagerie	114 687,64	1 275,88	97 035,88	105 079,72	318 079,12	318 079,12	128 683,20	326 400	142 636,80	217 790,40	492 374,4	
SEMEP	940 404,25	1 231 763,75	3 216 798,42	1 743 419,46	7 132 385,88	7 132 385,88	1 564 292,64	23 201 36,70	34 19 294,54	27 215 92,33	100 253 16,2	
Administration	450 503,43	590 080,05	1 541 016,76	835 190,23	34 167 90,47	34 167 90,47	8 554 19,33	12 687 45,84	18 698 10,40	14 882 78,24	54 822 53,81	
Sces Economique	833 780,80	1 092 105,84	2 852 076,40	1 545 749,80	63 237 12,84	63 237 12,84	11 407 13,39	169 1889,94	249 341 7,76	198 463 9,40	73 106 60,49	
Sces sociaux	29 874,92	39 130,87	102 191,78	55 385,24	226 582,81	226 582,81	88 580,50	131 381,34	193 622,86	154 114,39	567 699,09	
Total répartition secondaire	3 567 517,15	3 813 528,95	8 934 738,23	16 399 412,13	32 715 196,5	32 715 196,5	5 224 744,39	6 401 709,00	9 499 518,00	24 018 524,28	45 144 495,7	
Total GLE	10 812 735,57	13 309 185,94	33 730 044,18	29 849 183,30	87 701 149	87 701 149	15 764 278,78	22 027 641,92	32 533 104,61	42 358 083,85	112 383 409	
U.O	J.H¹	J.H	J.H	J.H			J.H	J.H	J.H	J.H		
NBR U.O	4 232	2 550	9 682	4 993			4 469	3 942	9 731	6 729		
Coûts U.O	2 554,99	5 219,29	3 483,79	5 978,21			3 527,47	5 587,94	3 343,24	6 294,86		

¹ : J.H : journée d'hospitalisation

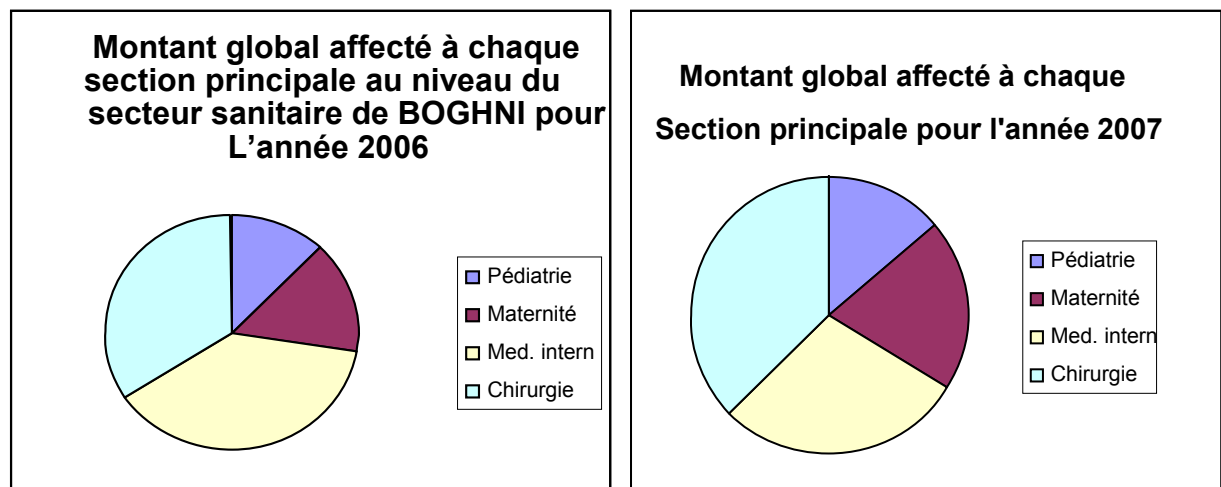
Tableau N°25 : Tableau récapitulatif de la répartition primaire et secondaire des charges aux sections principales au sein du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'exercice 2006 et l'exercice 2007.

Année	Sections principales									
	2006			2007						
Sections	Pédiatrie	Maternité	Méd.intern	Chirurgie	Total	Pédiatrie	Maternité	Méd.interne	Chirurgie	Total
Personnel	4520940,52	6678989,81	17817599,32	9255503,23	38273032,9	7319362,68	11329624,48	15579632,91	12262735,28	46491355,4
Aliment	1392239,90	614597,90	2552307,78	1039689,00	5598834,58	1516689,53	749460,58	2577583,58	1601051,24	6444784,93
Pharm	803191,11	1502762,49	2817373,20	2204435,87	7327762,67	1067618,86	2569282,08	3439654,40	2999166,22	10075721,6
Fournitures	124169,96	160330,70	281718,89	230200,68	796420,23	80550,56	139761,59	230921,86	195646,91	646880,92
Entretiens	36137,00	54923,65	63920,00	35118,20	190098,85	32566,70	63397,43	63282,39	71584,51	230831,03
Charges	368539,93	484052,44	1262386,76	684824,19	2799803,32	522746,06	774706,76	1142511,47	909375,41	3349339,7
Total Répartition primaire	7245218,42	9495656,99	24795305,95	13449771,17	54985952,5	10539534,39	15626232,92	23033586,61	18039559,57	67238913,5
Bloc opératoire				11412722,92	11412722,92				16518340,89	16518340,89
Laboratoire	1198266,12	859172,56	1125619,00	701864,76	3884922,44	1447055,33	986291,18	1380735,65	933768,64	4747850,8
Imagerie	114687,64	1275,88	97035,88	105079,72	318079,12	128683,20	3264,00	142636,80	217790,40	492374,4
SEMEP	940404,25	1231763,75	3216798,42	1743419,46	7132385,88	1564292,64	2320136,70	3419294,54	2721592,33	10025316,2
Administration	450503,43	590080,05	1541016,76	835190,23	3416790,4	855419,33	1268745,84	1869810,40	1488278,24	5482253,81
Sces économique	833780,80	1092105,84	2852076,40	1545749,80	6323712,84	1140713,39	1691889,94	2493417,76	1984639,40	7310660,49
Sces sociaux	29874,92	39130,87	102191,78	55385,24	226582,81	88580,50	131381,34	193622,86	154114,39	567699,09
Total répartition secondaire	3567517,16	3813528,95	8934738,24	16399412,13	32715196,5	5224744,39	6401709,00	9499518,01	24018524,29	45144495,7
Total GLE	10812735,58	13309185,94	33730044,19	29849183,30	87701149	15764278,78	22027941,92	32533104,62	42058083,86	112383409
U.O	J.H	J.H	J.H	J.H		J.H	J.H	J.H	J.H	
Nbr U.O	4232	2550	9682	4993		4469	3942	9731	6729	
Cout U.O	2554,99	5219,29	3483,79	5978,21		3527,47	5587,94	3343,24	6294,86	

Source : bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Graphe N°05 : Montant global affecté aux sections principales pour l'année 2006 et l'année 2007



Source : Graphe établie d'après les données du tableau N° 25

L'analyse de la répartition secondaire des charges au niveau des sections auxiliaires et des sections principales du secteur sanitaire de BOGHNI, nous a permis de comprendre que le principe de cette répartition est basé sur les résultats de la répartition primaire, c'est-à-dire sur le montant affecté à chaque section, afin d'arriver à connaître le nombre des unités d'œuvre réalisées pour chaque service et pour chaque année, et à calculer de coût de chacune de ces même unités d'œuvres, qu'elle soit auxiliaire ou principale.

A cet effet, le tableau N° 23 montre que le coût des unités d'œuvre des différentes sections auxiliaires a connu une légère hausse de 2006 à 2007. En effet, le bloc opératoire par exemple avait réalisé **44110** unités d'œuvre en 2006, dont chacune coûtait **258,73DA**, alors qu'en 2007, il a réalisé **60280** unités d'œuvre, dont le coût de chacune est passé à **274,03 Da**. Cette analyse est la même pour les autres sections auxiliaires qui ont connu une hausse et dans le nombre de leurs unités d'œuvre et dans le coût de chacune de ces dernières (voir tableau 23).

Toutefois, le tableau N° 24 permet de donner le nombre et les coûts des unités d'œuvres des sections principales, pour 2006 et 2007, ce qui représente le nombre des journées d'hospitalisations réalisées dans chaque service de l'établissement, ainsi que les coûts respectifs de ces JH. En effet, le service de pédiatrie au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI avait réalisé **4 232** journées d'hospitalisations en 2006, dont le coût de chacune d'elle a été de **2554,99 Da** et est passée à **4 469 JH** en 2007 pour **3527,47 DA** chacune d'elle.

Néanmoins, le tableau N°25 constitue un tableau récapitulatif des deux repartitions (primaire et secondaire) et pour les deux sections (auxiliaires et principale), ce qui donne le montant global affecté aux différentes sections du secteur sanitaire, qui est passé de **87701149 DA** en 2006 à

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

112383409 DA pour l'année 2007. Cela constitue une augmentation remarquable des charges affectées aux différents services du secteur sanitaires de BOGHNI.

En outre, le graphe N° 05 montre le montant global affecté aux sections principales du SS de BOGHNI. D'après ce graphe, on remarque la hausse importante de ces charges de 2006 à 2007. Par ailleurs, le service de chirurgie constitue celui auquel on a affecté le plus de charge en 2007, car en 2006, **29 849 183,30 DA** lui revenait, alors que ce montant est passé à **42 058 083,86DA** en 2007. L'importance des charges affectées à ce service fait que le coût de son unité d'œuvre soit aussi la plus importante avec **6 294,86 DA en 2007**.

Cependant, le point suivant permet de comprendre comment se fait le calcul du coût d'une unité d'œuvre selon la méthode des sections homogènes, ainsi que son évolution durant la période étudiée, afin de déduire l'impact de la comptabilité analytique hospitalière sur la maîtrise des dépenses et des coûts de soins en Algérie.

C) : le calcul d'une journée d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2006 et l'année 2007

La formule utilisée pour calculer le coût d'une journée d'hospitalisation au niveau des établissements publics de soins en Algérie est la suivante :

$\text{DJH} = \frac{\text{dépenses réalisées}}{\text{nombre de journées d'hospitalisation réalisés.}}$
--

Partant de là, les tableaux ci après nous donne la procédure de calcul d'une journée d'hospitalisation ainsi que le coût de cette dernière durant l'année 2006 et l'année 2007, et ce dans les quatre services les plus important du secteur sanitaire de BOGHNI :

Tableau N°26 : Calcul d'une journée d'hospitalisation pour l'année 2006

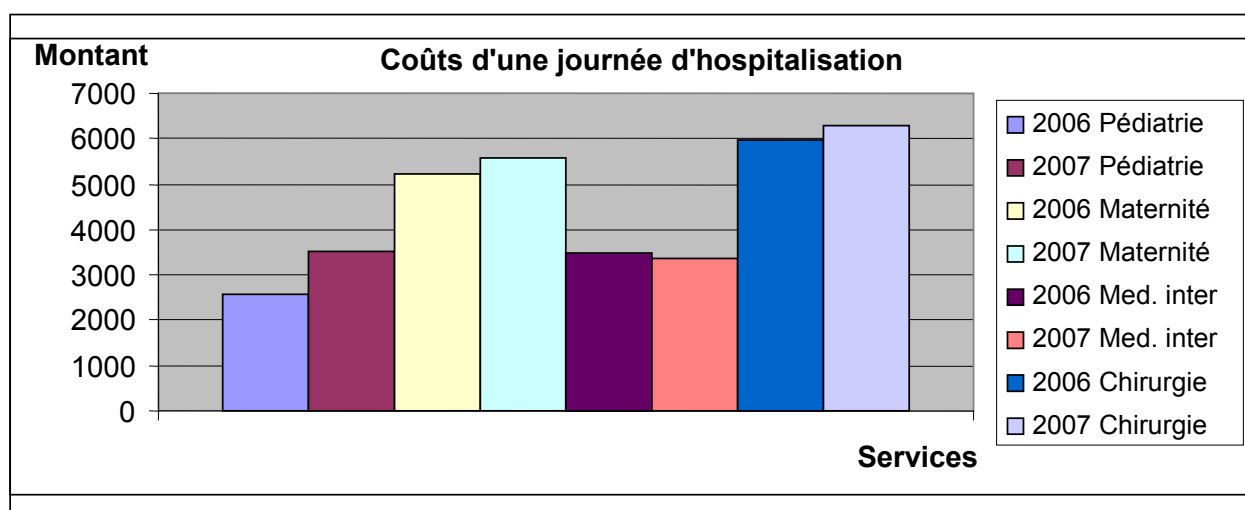
Sections principales				
Année	2006			
Sections	Pédiatrie	Maternité	Méd.intern	Chirurgie
Total répartition primaire	7245218,42	9495656,99	24795305,95	13449771,17
Total répartition secondaire	3567517,16	3813528,95	8934738,24	16399412,13
Total général	10812735,58	13309185,94	33730044,19	29849183,30
Unité d'œuvre	J.H	J.H	J.H	J.H
NBR d'U.O	4232	2550	9682	4993
Coût de l'U.O	2554,99	5219,29	3483,79	5978,21
Année	2007			

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Sections	Pédiatrie	Maternité	Méd.intern	Chirurgie
Total répartition primaire	10539534,39	15626232,92	23033586,61	18039559,57
Total répartition secondaire	5224744,39	6401709,00	9499518,01	24018524,29
Total général	15764278,78	22027941,92	32533104,62	42058083,86
Unité d'œuvre	J.H	J.H	J.H	J.H
NBR d'U.O	4469	3942	9 731	6 729
Coût de l'U.O	3527,47	5587,94	3343,24	6294,86

Source : calculs faites à partir données du bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du secteur sanitaire de BOGHNI

Graphe N°06 : coût d'une journée d'hospitalisation dans différents services du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2006 et l'année 2007



Source : graphe établi selon les données du bureau d'analyse et d'évaluation des coûts du SS de BOGHNI, et selon des calculs personnel

Le tableau N° 26 montre que le coût d'une JH d'un malade se fait selon le total général des dépenses réalisées, à savoir celles de la répartition primaire et celles de la répartition secondaire, ce qui nous conduit à déduire que le malade ne supporte pas que les charges de ses soins médicaux durant les jours de son hospitalisation, mais il supporte aussi les charges affectées aux différents services de l'établissement public de soins, comme celles des maintenances, de restauration, du personnel, etc. a cet effet, le coût d'une JH calculé selon la comptabilité analytique hospitalière au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI est, selon le graphe N°06, en continuelle augmentation, tout comme les dépenses (tableau N° 26), et cela est pratiquement le cas au niveau de tous les services de l'établissement.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

2-3 : Limites et perspectives de la méthode des sections homogènes appliquée dans les établissements publics de soins en Algérie

Les nouveaux outils de gestion dictés par les réformes hospitalières sont appelées à résoudre le difficile problème de la maîtrise des dépenses de santé et des coûts de soins, ainsi que l'amélioration de la qualité de ces derniers. Néanmoins, afin d'atteindre cette efficacité managériale, l'ensemble des décideurs hospitaliers doivent s'adapter avec ces nouveaux modes de gestion, dans le but de pouvoir prendre des décisions qui conduisent à rendre minimal le maximum des regrets. Par ailleurs, ce dernier peut être défini comme étant « un coût d'opportunité supporté par l'établissement public de soins », ce qui est dû à la subjectivité des informations reçues, qui poussent le décideur à prendre des décisions qui ne sont pas, dans ce cas, les meilleurs possibles.

A cet effet, les résultats obtenus de notre étude de cas au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI ; durant la période prédéfinie ; nous ont conduit à relever les constatations suivantes :

2-3-1 : Fournitures diverses, maintenances et alimentation

Dans notre cas, la part des fournitures divers (linge, bureau, produits d'hygiène, literie, matériel et mobilier médical et non médical) représente 2,17% du budget global de l'année 2006, ce qui, mine de rien, constitue une charge appréciable au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI. Néanmoins, afin d'arriver à la réduction des dépenses hospitalières en matière de fournitures et à rationaliser l'utilisation de ces dernier, il est nécessaire au chef de service concerné de veiller sur le sérieux et la rigueur dans sa demande. Aussi, la rationalisation de l'utilisation de ces fournitures exige d'obéir à un contrôle strict des commandes formulées par les services demandeurs, qui doivent à leur tour faire l'objet d'une analyse rigoureuse préalable avant leur livraison. De plus, si le personnel du service concerné est correctement sensible sur l'impact de cette charge sur le coût de leurs sections il saurait certainement conserver des attitudes plus économiques.

Toutefois, la part de la maintenance au sein du secteur sanitaire de BOGHNI est de 1,78 du budget global de l'année 2006, ce qui constitue une charge faible par rapport à la vétusté de la structure hospitalière. A cet effet, les travaux d'aménagement des infrastructures du secteur sanitaire de BOGHNI nécessitent une enveloppe financière considérable. En outre, l'absence d'une planification de la maintenance préventive et corrective en vue de la réduction des risques des pannes intempestives, l'insuffisance de la maintenance ainsi que les manipulations inadéquates sont à l'origine des l'amortissement précoce des équipements.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

En effet, la maintenance a un impact sur la régulation des dépenses hospitalières et la mise en œuvre d'une politique d'achat et de maintenance peut garantir la pérennité des installations et des équipements.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'alimentation au niveau de ce même secteur sanitaire, 1,98% du budget global lui est affecté. Dans ce cas, la décision la plus rationnelle à prendre serait de lutter contre toute forme de gaspillage à tous les niveaux de la hiérarchie hospitalière et de mettre en adéquation la programmation de la préparation des repas avec les besoins préalablement confirmés par le bureau des entrées. Cela pourra servir de manière importante à la réduction des dépenses hospitalières.

2-3-2 : Médicaments et consommables

La part de la consommation des médicaments et du consommable au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI a été estimée à près de 9,11% du budget global de l'année 2006. En effet, le rôle du corps médical et paramédical dans la maîtrise des dépenses hospitalières et l'amélioration de la qualité de soins est primordiale dans le sens où ces derniers sont des véritables ordonnateurs de dépenses, par la nature même de leurs prescriptions médicales¹, du choix des protocoles thérapeutiques qu'ils utilisent, de l'expression de leurs besoins en médicaments récents en consommable à usage unique et de leurs décisions dans le nombre de journées d'hospitalisation du malade. Ainsi, les médecins influencent considérablement sur les dépenses sanitaires au sein des établissements publics de soins.

En plus, la variabilité des pratiques médicales, les soins de qualité insuffisants et le management défectueux de soins représentent certaines des causes de gaspillage et du mauvais usage du médicament et du consommable.

En effet, la rationalisation de l'utilisation des médicaments et du consommable implique principalement une démarche de qualité, aboutissant au « juste soins- juste traitement ». Ceci, suscite la définition consensuelle des conduites les plus adéquates à tenir et celle qui sont à rejeter dans les situations médicales les plus courantes.

Ainsi, la maîtrise des dépenses publiques de soins est fondée sur plusieurs démarches, parmi lesquelles on peut citer aussi la réduction des gaspillages de toutes sortes et la lutte effective contre les vols, en multipliant les contrôles imprévus à la sortie des établissements publics de soins.

¹ : voir chapitre I : théorie de l'agence : la relation médecin patient et médecin –tutelle.

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

2-3-3 : Les services hospitaliers et les ressources humaines

Le secteur sanitaire de la commune de BOGHNI est composé de 75 lits techniques et de 120 lits organisés. A cet effet, on remarque que les modifications des capacités hospitalières ont été réalisées sans qu'il ait eu des extensions des infrastructures. Ainsi, notre préoccupation majeure dans ce cas, consiste à s'interroger sur le bon sens de ces modifications et sur l'impact de la fermeture d'un lit sur les dépenses de soins de l'établissement public de santé.

Sur ce, il faut noter que s'il en ferme un lit qui, traditionnellement, n'est jamais occupé, le gain escompté est nul. Ainsi, la fermeture d'un lit ne va pas entraîner une économie du personnel, mais on enregistrera seulement une aisance des agents pour une charge de travail moindre, qui ne peut se traduire par une diminution des effectifs.

Par ailleurs, en ce qui concerne les ressources humaines de l'établissement public de soins, on pourra dire qu'elles constituent un enjeu et un défi pour le fonctionnement efficace des organisations modernes. En effet, les performances des organisations hospitalières se mesurent à leur capacité à organiser, mobiliser et faire adhérer le facteur humain aux valeurs, objectifs et missions de cet établissement en question.

Ainsi, avec un effectif de plus de 600 travailleurs au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI, les dépenses du personnel représentait 75,28% de son budget global en 2006. Le tableau N° 10 nous a renseigné sur la répartition du personnel par corps et grade, affectée à chaque service. Cependant, en procédant à la comparaison des sections entre elles, et en fonction du nombre des lits (tableau N° 13), on note un véritable déséquilibre affectant cette répartition : un sureffectif pour les unes et un sous effectifs pour les autres se représente directement sur le coût des sections considérées.

Partant de la, on déduit que la rationalisation de l'utilisation des ressources humaines exige une maîtrise des effectifs des professions hospitalières, pour une meilleure productivité. Toutefois, cette condition ne peut être réalisée que par les actions suivantes :

- La normalisation et le redéploiement des effectifs dans les services hospitaliers, qui doivent répondre à certains critères, basés sur des méthodes de calcul des coûts d'une part, et sur le degré de dépendance des malades, du nombre des malades admis et de la durée moyenne du séjour d'autre part ;
- La lutte contre les sureffectifs, par le système de recrutement contractuel ;
- L'implication et l'adhésion du personnel aux objectifs communs de l'organisation public de soins ;
- La lutte contre toutes les formes de laxité, l'absentéisme et le travail informel;

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

- L'introduction des politiques incitatives et de motivation, telle que la réforme du statut du personnel, et la formation continue des agents à la gestion des ressources humaines.

Ainsi, le système de calcul des coûts sanitaires par l'application de la méthode des sections homogènes, permet de déterminer les branches les plus rentables de l'établissement public de soins et la détermination rapide des bénéfices réalisées. Cependant, on constate durant l'application de cette méthode au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI, l'absence des résultats analytiques par branches d'activités, et la sous évaluation des stocks de produits, puisque sont valorisés uniquement les coûts variables de production.

Par ailleurs, après avoir analysé et étudié la méthode des sections homogènes appliquée au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI, on constate que cette présente méthode a fait ressortir plusieurs limites sus citées plus haut, et parmi lesquelles on peut encore citer le fait que le calcul du coût d'une journée d'hospitalisation d'un malade est basé sur plusieurs facteurs médicaux, mais aussi non médicaux, à savoir les frais de restauration et d'hébergement, les différentes dépenses en maintenance et en fournitures diverses, les différentes dépenses de personnel, etc., qui font que ce coût demeure élevé et incontrôlable.

Cela fait que le quota au niveau des établissements publics de soins en Algérie, est fait selon les structures et non pas selon le nombre des lits, ce qui nous conduit, dans ce cas, à s'interroger sur le véritable métier de ces établissements : ces derniers ont-ils pour missions de soigner ou de restaurer, d'héberger et de recruter du personnel à payer?

Conclusion au chapitre IV

Le système de calcul des coûts par journée d'hospitalisation ; suivant la méthode des sections homogènes, consiste d'après l'analyse qu'on vient d'effectuer dans le calcul d'un coût moyen par jour, qui ne représente que très imparfaitement le coût réel. En effet, un malade hospitalisé donné, ne consomme par régulièrement la même quantité de soins chaque jour de son séjour. De plus, chaque malade a un comportement et une demande différente dans un même établissement public de santé.

A cet effet, malgré la réforme de la comptabilité hospitalière en 2001 en Algérie, les coûts et les dépenses de santé restent incontrôlables et non maîtrisables à nos jours, ce qui est dû aux carences et aux limites qu'a fait ressortir cette méthode de calcul et de maîtrise des coûts appliquée dans les établissements publics de soins en Algérie.

Partant de là, on peut déduire que la réforme de la gestion des établissements publics de soins algériens gagnerait considérablement en efficacité, si tous les établissements étaient gérés d'une manière autonome, et s'ils jouissaient d'une décentralisation de leur budget à l'échelon régional et local.

Aussi, la rationalisation de l'emploi de toutes les ressources existantes au sein des établissements publics de soins, n'est possible que si une réforme des méthodes de la gestion actuelle de ces établissements en question est opérée, par l'introduction d'outils de gestion modernes, ainsi que la mise en place d'un projet d'établissement type, qui constitue un outil qui a fait ces preuves dans de nombreux établissements publics de santé étrangers où la planification est institutionnalisée. Il s'agit d'une démarche participative ascendante, qui regroupe d'une manière cohérente et complémentaire, un ensemble de projets élaborés par tous les services hospitaliers ou centres de responsabilités. Ce projet s'est avéré être un puissant levier de mobilisation des ressources humaines et d'optimisation des moyens matériels et financiers.

Néanmoins, à travers l'étude faite dans ce présent chapitre, la méthode des sections homogènes utilisée pour le calcul du coût et la maîtrise des dépenses de soins en Algérie, ne constitue qu'un tableau de bord à travers lequel, on peut connaître la consommation de chaque service, ainsi que le nombre d'unités d'œuvres produites. Elle peut aussi servir comme outil d'aide à l'élaboration du budget prévisionnel et sa négociation, ainsi qu'au contrôle des performances de prise de décisions mais pas à la maîtrise des dépenses et des coûts de soins, d'où une ultime nécessité de réformer cette méthode en question.

Conclusion générale

La santé touche ce qu'il y a de plus individuel dans une personne. Cependant, la santé de chacun dépend de la capacité collective à organiser un système de santé fiable et efficace. A cet effet, la maîtrise de la croissance des dépenses de santé et des coûts de soins est partout affichée comme étant l'un des éléments majeur d'une politique de santé, mais qui reste à l'ordre du jour dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement, a cause de sa difficulté et de son importance économique et sociale.

En effet, la maîtrise des dépenses de santé et des coûts de soins ; ne peut être acquis sans l'existence d'une action complexe et continue. En plus, la nécessité d'éviter une augmentation incontrôlée s'avère être affirmée partout par les pouvoirs publics. Lorsque le financement des dépenses de santé est étatique, il est naturellement indispensable de faire des arbitrages entre la santé et d'autres fonctions collectives aussi nécessaires au développement de l'économie ou du bien être social.

Ainsi, la maîtrise des dépenses de santé reste un élément de compétitivité global des sociétés. Elle représente aussi un élément de cohésion sociale, puisque aucun système ne peut garantir l'accès à la santé, s'il n'en maîtrise pas les coûts.

Toutefois, notant que, « les pays qui sont parvenus à maîtriser toutes ou partie de leurs dépenses de santé ces dernières années, ont tous fixé, sous des formes variables des objectifs quantifiés nationaux. »¹. Au Royaume-Uni par exemple, l'objectif quantifié est fixé par le budget de l'Etat. Il constitue un plafond ferme des dépenses. En revanche, en France, le secteur public de soins est soumis à un objectif quantifiable national, définie par le « taux directeur » qui limite l'augmentation des budgets hospitaliers.

A cet effet, la capacité de limiter les coûts ne devient réelle que lorsque des limites financières à priori sont fixées. Ainsi, il faudra des objectifs au niveau national pour éviter que la concurrence entre système d'assurance ne joue de manière inflationniste, mais il faut établir aussi des objectifs à priori. Ce système de budget limitatif ou d'enveloppe global peut permettre à court terme des résultats très sensibles sur la croissance des dépenses. Mais, cet effet ne peut se maîtriser que dans le cas où le système n'est pas déséquilibré par rapport aux besoins.

Par ailleurs, pour la demande de santé, les approches en termes de capital humain et de besoins et les travaux de C.E. Phelps et J.P. Newhouse étudiés dans le premier chapitre de ce présent travail ont précisé le rôle du revenu, des prix et de l'assurance, mais aussi celui de l'offre. Ainsi, dans tous pays ; la croissance des dépenses de santé reste le fait des jeune, des

¹ : Moreau Y., dépenses de santé, un regard international, rapport présenté au premier ministre, Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Paris 1992, 276pages.

femmes et des personnes âgées aux quels il est difficile de limiter la consommation des actes de soins.

D'autre part, en ce qui concerne le domaine de la production, l'analyse néoclassique avait montré l'influence des taux d'utilisation des capacités sur les coûts unitaire. Aussi, elle a révélé les avantages que pourrait présenter la conjugaison d'activité ayant une grande synergie. En revanche, ces éléments importants à la compréhension de la hausse des coûts de soins, semblent être insuffisant pour connaître les vraies causes de cette dernière.

En effet, cette hausse des coûts peut s'expliquer de plusieurs façons, à savoir :

- Par l'augmentation de la demande de santé de la part de la population, qui est en partie dû au développement important de la démographie médicale ;
- Par l'évolution du mode de vie qui consacre une part des ressources de plus en plus réduite à l'alimentation, et de plus en plus élevée aux loisirs et à la santé ;
- Par l'apparition des nouvelles techniques, qui suscitent une spécialisation croissante des praticiens et le développement des nouveaux médicaments ;
- Par l'apparition et le renforcement des nouveaux fléaux (maladie d'alzheimer, le sida, etc.) ;
- Mais aussi, par le développement inexorable de nombreuses formes de gaspillage des moyens.

Pour cela, les politiques de régulation de la progression des dépenses de santé dans le monde essaient de prendre en compte l'ensemble de ces éléments, malgré qu'elles soient très délicates à mettre en œuvre, car les systèmes de santé sont toujours le siège de nombreux intérêts corporatistes, industriels et politico-économiques.

Ainsi, la recherche de la qualité et le soucie de recourir sans aucune mesure réelle d'efficacité à des techniques de pointes ont aussi pesés sur ce phénomène de hausse des coûts et des dépenses de soins.

D'un autre coté, il est vue que les inefficiences sont forte, que ça soit dans la répartition des malades entres secteur privé et secteur public, ou dans le fonctionnement de ce derniers. La difficulté d'appréciation quantitative de l'output et la lourdeur des organisations ont facilité l'apparition du phénomène de non minimisation des coûts et de non maîtrise des dépenses de santé.

Par ailleurs, prendre l'exemple d'un établissement public de santé en Algérie comme un cas pour notre étude du système de maîtrise des dépenses et des coûts de soin s'avère être très concluant.

Ceci dit, le développement plus rapide des unités légères de santé publique en Algérie, et l'affectation plus large des crédits budgétaires à certains programmes et unités de base, dénotent

une certaine efficacité allocative, contrairement à l'efficacité productive, qui demeure encore faible.

En plus, malgré les charges énormes du poids des médicaments, il n'y a aucun mécanisme de rationalisation de la prescription et/ou de la formation des prix. Pour cela, la fonction de production hospitalière, si elle n'est pas bloquée, elle n'est pas non plus à l'optimum.

Néanmoins, le secteur public de santé algérien semble crouler sous le poids des dépenses des affectations lourdes. Malgré la croissance forte de la population et des besoins, les taux d'occupation des lits dans ces secteurs publics restent faibles et les dépenses de santé demeurent encore élevées. L'importance de ces dernières, étant encore très mal saisie, avait entraîné la réforme du système comptable et de la méthode d'analyse des coûts, dans le but de contrôler ces derniers et d'arriver à une maîtrise efficace des dépenses de soins.

En effet, le besoin d'organiser la collecte d'information comptable s'est fait sentir en milieu hospitalier. Ainsi, le système d'information au niveau des services publics de soins, par divers modes de collecte et de calcul avait connu une évolution, et à l'origine un système de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins a été instauré en 2001 dans les établissements publics de soins en Algérie, et représentait par les méthode des sections homogènes, qui est l'actuelle méthode d'évaluation.

Ainsi, l'étude qu'on a réalisée au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI nous a permis en premier lieu de nous intégrer à la gestion des établissements publics de soins en Algérie.

La mise en place d'un système ou d'un outil permettant de cerner les éléments du coût hospitalier, demande une connaissance profonde du système d'information comptable et du système d'information médicale, qui ont permis de déterminer le coût d'une journée d'hospitalisation. Néanmoins, ce dernier demeure à nos jours élevé et non maîtrisé, a cause des défaillances enregistrées par le système existant.

En effet, l'étude des coûts est une mission complexe. L'analyse qu'on a faite dans ce présent travail nous a permis aussi de cerner le produit hospitalier et de regrouper tous les éléments qui constituent le coût d'une journée d'hospitalisation au sein de plusieurs services du secteur sanitaire de BOGHNI.

Par ailleurs, un ensemble de réformes hospitalières visant à améliorer les outils de gestion et de contrôle des dépenses, avait permis une transformation du mode de gestion des établissements publics de soins. L'objectif de cela, étant de placer entre les gestionnaires et les praticiens un espace de cohérence, en vue de réaliser les conditions d'une meilleure gestion hospitalière, de déterminer un système d'information fiable, ainsi que d'arriver à une meilleure maîtrise des coûts et des dépenses sanitaires.

Pour cela, la comptabilité analytique hospitalière constitue un outil de gestion, qui était normalement mis en œuvre dans le but de faire une analyse des charges et des produits, de calculer les coûts et d'évaluer les stocks, pendant le processus de transformation du produit. Cependant, notre étude et analyse de cette méthode en question, avait montré que cette dernière est arrivée à son terme avec des défaillances remarquables, car malgré son application depuis plus de sept années maintenant, la gestion des établissements de soins algériens demeure toujours inefficace. Ajoutant à cela, les coûts et les dépenses sanitaires qui restent en augmentation continue et non maîtrisable.

En effet, cette méthode utilisée en Algérie pour l'analyse et l'évaluation des coûts, consiste à comparer les coûts avec les quantités de « produits de santé », qui sont très difficile à mesurer, puisque la santé est difficilement quantifiable et qualifiable. En plus, le calcul du coût par journée d'hospitalisation consiste aussi dans le calcul d'un coût moyen par jour, qui ne représente que très imparfaitement les coûts réels. Cette méthode fait que le malade supporte des frais médicaux, mais aussi non médicaux, externes à son traitement.

Ainsi, au terme de notre travail, nous pouvons affirmer que le système de comptabilité analytique hospitalière basé sur la méthode des sections homogènes appliqué en Algérie n'est pas arrivé à atteindre l'objectif principal de sa mise en œuvre, à savoir la maîtrise des coûts et des dépenses de soins. En effet, cette méthode de calcul de coût ne répond pas aux attentes des pouvoirs publics, notamment à une efficacité dans la gestion des établissements publics de soins en Algérie¹. Cela nous amène donc à rejeter notre première hypothèse² et à affirmer la deuxième, qui consiste dans le fait que « la mise en place du système de calcul du coût à travers la méthode des sections homogènes, au niveau des établissements publics de soins algériens a fait ressortir des limites qui nuisent à la bonne gestion de ces derniers ».

A cet effet, les mutations sanitaires et épidémiologiques, en Algérie, nécessite une approche nouvelle de la politique de santé. Cela consiste dans la recherche d'une rationalisation assurant une meilleure adéquation entre les moyens disponibles et les besoins exprimés. A cet effet, la maîtrise de ces dépenses à long terme incite à la lutte contre l'inefficacité et à la gestion par objectif. Pour cela, de nombreuses possibilités s'offrent aux pays en développement afin de rendre les services publics de soins plus performants. En d'autres termes, l'adoption de mesures tendant à accroître l'efficacité de ces services en question par le biais de la décentralisation, pourrait avoir un effet particulièrement marquant. En effet, la décentralisation de la planification

¹ : Cela est dû au fait de la diversité des activités secondaires au niveau des établissements publics de soins en Algérie, à savoir le transport, l'hébergement, la restauration, la buanderie, etc., qui sont externalisés.

² : voir l'introduction générale.

et de la gestion des services publics de santé peut améliorer l'efficacité des actions et les adapter aux réalités locales.

Pour cela, une réforme du système de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie est non seulement nécessaire, mais s'avère aussi urgente. Des changements doivent avoir lieu dans le niveau de la composition des dépenses publiques de santé, ainsi que dans le domaine de recouvrement des coûts et autres mécanismes de financement de soins.

Enfin, en vue d'inscrire la gestion du service public de la santé dans les perspectives de l'efficacité, de l'efficacités et de développement local, dans le but d'arriver à une meilleure maîtrise des coûts et des dépenses de soins en Algérie, il est nécessaire de passer à une évaluation de ces coûts, non pas par une journée d'hospitalisation, mais par malade hospitalisé ou par pathologie. Ces dernières représentent des méthodes qui ont fait leurs preuves dans quelques pays occidentaux, comme en France par exemple.

En effet, le calcul des coûts par malade hospitalisé « constitue une méthode beaucoup plus précise »¹, qui permet la prise en compte d'un coût moyen des malades vis à vis de consommations comparables. Alors que le calcul du coût par pathologie constitue un domaine très important de l'économie de la santé, car il permet de prendre en compte les conséquences globales de la maladie sur la société. Cette autre méthode permet aussi de comparer les maladies entre elles, et d'établir éventuellement des priorités dans le cadre d'une planification sanitaire. Ce type d'étude est aussi très important pour démontrer que les dépenses de santé, si elles sont adéquates, elles ne constituent pas des dépenses « à perte »² pour la société, mais peuvent être considérées comme un véritable investissement financier.

¹ : Berseniak A., Duru G., économie de la santé, op cit.

² : IDEM.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I : Ouvrages

- **Arrow K.J.** « Théorie de l'information et des organisations »
Ed Dunod, Paris, 2000
- **Auby J.F.** « Les services publics locaux »
Ed Berger Levrault, Paris, 1997.
- **Batifoulier P.** « Economie des conventions »
Ed Economica, Paris 2001.
- **Béjean S.** « Economie de la santé du marché à l'organisation »
Ed Economica, Paris, 1994.
- **Bejean S. et Gadreau M.** « Economie du système de santé »
Ed Economica, paris, 1994.
- **Beresniak A. et Duru G.** « Economie de la santé »,
Ed Masson, Paris, 1992.
- **Branciard A. et Huard P.** « Stratégie et contradiction dans le système sanitaire »,
Ed Lest, ex en Provence, 1989.
- **Castiel D.** « Economie et santé, quel avenir ? »
Ed Ems, PARIS, 1999
- **Derycke P.H. et Gilbert G.** « Economie publique locale »
Ed Economica, Paris, 1998.
- **Dubrulle L. et Jourdain D.** « Comptabilité analytique de gestion »
Ed Dunod, Paris, 2003.
- **Feldstein P.J.** « Analyse économique de la santé »
Ed Seillans, Paris 1988.
- **Gibert P. et Lavergne PH.** « L'analyse des coûts pour le management »
Ed Economica, Paris 1981.
- **Giraud P. et Launois R.** « Les réseaux de soins, médecine de demain »
Ed Economica, paris 1985.
- **Gomez P.I.** « La gouvernance de l'entreprise »
Inter Edition, Paris 1996.
- **Greffe X.** « Economie des politiques publiques »
Ed Dalloz, Paris, 1997.

- **Greffe X.** « La décentralisation »
Ed la Découverte, Paris, 1992,
- **Gruber A.** « Décentralisation et institutions administratives »
Ed Armand Colin, 1996.
- **Guedon M.J.** « Sur les services publics »
Ed Economica, Paris, 1982.
- **Jensen M.C. et Meckling W.H.** « Les nouvelles théories de l'entreprise »
Ed de la librairie générale Française, Paris,
1995.
- **Lachaume J.F.** « Les grands services publics »
Ed Armand colin, Pris, 2000.
- **Labourdette A.** « Economie de la santé »
Ed Puf, PARIS 1988.
- **Lacrampe S.** « Analyse et contrôle des coûts, principes et système »
Ed Masson ; Paris 1978.
- **Le Faou A.L** « L'économie de la santé en question »
Ed Ellipses, Paris, 2000.
- **Levy E.** « Introduction à la gestion hospitalière »
Ed Dunod, Paris, 1977.
- **Majnoni d'Intignano B.** « Economie de la santé »
Ed Puf, Paris, 2001.
- **Margerin J. et Ausset G.** « Comptabilité analytique »
Ed Sedifor ; Paris, 1990.
- **Margerin J. et Ausset G.** « Comptabilité analytique de gestion et d'aide à la décision »
Ed Sédifor, Paris, 1984.
- **Mongeot M.** « Le système de santé, centralisation ou décentralisation »
Ed Economica, paris 1986.
- **Mougeot M.** « Economie du secteur public »
Ed Economica, Paris 1989.
- **Mougeot M.** « Régulation du système de santé »
Ed La documentation française, Paris, 1999.
- **Mougeot M.** « Système de santé et concurrence »
Ed Economica, Paris, 1994

- **Mougeot M. et Naegelen F.** «Les marches hospitaliers »
Ed Economica, Paris 1984.
- **Oufriha.F.Z** «Cette chère santé : Une analyse économique du système de
soin en Algérie »
Ed Opu, Alger, 1992.
- **Oufriha.F.Z** «Système de santé et population en Algérie »
Ed Anep, Alger, 2002.
- **Pendaven C.** «Economie des décisions publiques »
Ed Vuibert, Paris, 1994.
- **Rawls J.** « La justice comme équité, une formulation de la théorie de la
justice »
Ed La Découverte, Paris, 2000.
- **Schneider-Bunner C.** « Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face
à l'équité »
Ed Economica, Paris 1997.
- **Seriak L.** « Décentralisation et animation des collectivités locales »
Ed Enag, Alger, 1998.
- **Tanti-Hardouin N.** « Economie de la santé »
Ed Armand colin, Paris, 1994.
- **Terny G.** « Economie des services collectifs et de la dépense publique »
Ed Dunod, Paris 1971.
- **Weber L.** « L'Etat acteur économique »
Ed Economica, Paris, 1997,
- **Wolfelsperger A.** « Les biens collectifs : fondement théorique de l'économie publique »
Ed Puf, Paris 1975.

II : Revues

1. Les cahiers du CREAD

- Ajustement structurel et autonomie du système de santé : quels résultats ? N°41, 3° trimestre, 1997.
- Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie I, N° 13, 1° trimestre, 1988.
- Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie II, N° 19, 3° trimestre, 1989.
- Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie III, N° 27/28, 3° et 4° trimestre 1991.

- Revue N° 35/36, 3° et 4° trimestre, 1993.

2. Revue des problèmes économiques

- Economie de la santé, N° 2.296, octobre, 1992.
- Economie de la santé : dépenses de santé : une comparaison internationale, N° 2.722, juillet, 2001.
- Les différents modes de régulation des dépenses de santé, N° 2.015, mars, 1987.
- Reforme du système de santé : quels enjeux ? N° 2.802, 2003.
- Santé et développement, N° 2.684, octobre, 2000.
- Santé et développement, N° 2.764, juin, 2002.

3. Revues d'économie et société

- L'économie de la santé en Europe, N° 9-10, septembre, 2001.
- Revue d'économie et sociétés, série f, n° 39, développement III, 09/10/2001.

4. Revue économique et revue d'économie politique

- L'Economie des conventions, numéro spécial, vol 40, N° 2, 1989 ; p 141.
- Revue française d'économie, vol VIII, N° 2, 1993.
- Revue d'économie politique, volume 103, N° 1, janvier-février 1993.

5. Revue française des affaires sociales

- Revue des sciences sociales et santé, N° 2, mars 1983
- Revue des sciences sociales et santé, vol 10, n°1, mars 1992.

6. Revue d'économie régionale et urbaine

- La santé sans l'Etat, N° 01,1994.

III : Articles

- **Aguercif M. et Ameziane F.**, « Le système de santé publique en Algérie : évaluation 1974-1989 et perspectives », IN cahier du CREAD; n°35/36 du quatrième trimestre 1993.
- **Arbon S. et Letourmy A.**, « La microéconomie des soins médicaux doit elle nécessairement être d'inspiration néoclassique ? » IN revue des sciences sociales et santé, N° 2, mars 1983.
- **Batifoulier P.**, « Le rôle des conventions dans le système de santé », IN revue des sciences sociales et santé, vol 10, n°1, mars 1992.

- **Bejean S. et Gadreau M.**, « Economie de la santé », IN revue : problèmes économiques, N°2, 296, 21 octobre 1992.
- **Brousseau E.**, « la théorie des contrats », IN la revue d'économie politique, volume 103, N° 1, janvier/février 1993.
- **Chaouche M.**, « Développement du système de santé : stratégies et perspectives », IN revue le gestionnaire, N°5, ENSP, 2001.
- **Dumoulin j.**, « Le développement des travaux de l'économie de la santé » IN revue économie et sociétés, série f, n°39, développement III, 09/10/2001.
- **Giordano Y.**, « Décisions et organisations, quelle rationalité ? » IN revue d'économie et société, série science de gestion, N°17, avril 1991.
- **Kaddar M.**, « Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie », IN revue du CREAD, N° 13, 1^{er} trimestre, 1988.
- **Laffont J.J.**, « Le risque moral dans la relation de mandat », IN revue d'économie, N°1, janvier 1987.
- **Mougeot M.**, « Concurrence et incitation dans le système hospitalier », IN revue française d'économie, vol VIII, N° 2, 1993.
- **Ouchfoun A. et Hammouda D.**, « Bilan des vingt huit années de politique sanitaire en Algérie », IN cahier du CREAD, N°35-36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993.
- **Oufriha F.Z.**, « Essai sur le système de soin en Algérie », IN les cahiers du CREAD, N°13, 1^{ère} trimestre, 1988.
- **Oufriha F. Z.**, « Coûts et surcoûts du système de soin en Algérie », IN revue du CENEAP N° spécial, Alger 1988.
- **Oufriha F.Z.**, « Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie », IN cahier du CREAD ; N° 41, 3^{ème} trimestre, 1997.
- **Salais R.**, « l'analyse économique des conventions de travail », IN revue économique, vol 40 N°2 1989.

IV : Mémoires et thèses:

- **Arhab .S**« Essai de mise en place d'une Comptabilité analytique et de gestion et de calcul des coûts : cas d'un hôpital ».
Mémoire de post graduation en management des organisations de santé, ENSP, Alger 1999.
- **Bendaoud Z.** « Santé et développement en Algérie »
Thèse de doctorat en sciences économiques, Paris 1981

- **Boulhrir M.** « Planification sanitaire et gestion des services de santé, cas de l'Algérie »
Mémoire de magister, Alger, 1993.
- **Chériet F.** « Essai d'évaluation des effets du PAS sur le secteur de la santé : cas de la wilaya de Bejaia »
Mémoire de magister en sciences économiques, Bejaia ; 2001
- **Kaddar .R** « Système de santé et médicaments cas de l'Algérie »
Mémoire de magister en sciences économiques, option planification,
Oran 1982
- **Kaid-Tlilane N.** « Le système de santé Algérien entre efficacité et équité »
Thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques, Alger ; 2003.
- **Lamri L.** « Le système de santé Algérien: Organisation, fonctionnement et tendances »
Mémoire de magister en sciences économiques, Alger 1986.
- **Moulai K.** « Les contraintes à l'action publique locale : approche en termes de décisions financières communales, cas des communes de la wilaya de Tizi-Ouzou »
Mémoire de magister en sciences économiques, Tizi-Ouzou, 2005.
- **Salmi M.** « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : Eléments pour un diagnostic (cas du secteur sanitaire L.N.I) »
Mémoire de magister en sciences économiques, Tizi-Ouzou, 1998.
- **Ulmann P.** « Croissance et santé : les nouvelles théories de la croissance appliquée aux pays développés »
Thèse de doctorat, université Paris Val de Marne, Paris 1999 :
www.theses.univ-parisXII.fr

V : Communications, colloques et séminaires:

- **Kaddar M.** « Le financement de la santé en Algérie, données, problèmes et réformes »
atelier OMS/SHS, Genève, décembre 1991.
- **Kaid-Tlilane N.** « La gestion locale des problèmes de santé: quelques réflexions »,
communication lors du colloque international «Gestion et financement des collectivités locales à l'heure des mutations Economiques», UNIVERSITE EL HADJ LAKHDAR –
BATNA Faculté des Sciences Economiques et des Sciences de Gestion, Batna les 01 et 02
décembre 2004.

VI : Autres documents, rapports et études

- **Ali-Ziane M.O.**, Maître de conférences à l'université de BOUMERDES, notes de cours d'économie de la santé, ENSP, 2003-2004.
- Rapport sur le développement humain. PNUD, 1990.
- **Belala K.**, « comptabilité analytique », dossier pédagogique de post graduation spécialisée en finance et comptabilité ; ENSP, février 2005.
- **Derguoum M.**, économie de la santé, dossier documentaire, ENSP, octobre 2000.
- **Morreau Y., Berthod-wurmser M. et Béchon C.**, « dépenses de santé, regard international », la documentation française, ministère des affaires sociales et de l'intégration, paris, 1992, 276p.
- Rapport de la banque mondiale sur le développement dans le monde, investir dans la santé, 1995, 339p.
- 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, 49 pages.
- **Dafflon B.**, (cours), introduction aux finances publiques, chapitre1, p.4, disponible sur www.unifr.ch

VI : Textes législatifs et règlements

- Loi 90-09 du 07 Avril 1990 relative à la wilaya. (Art 76 et Art 78)
- Loi 90-08 du 07 avril 1990 relative à la commune, (Art 100 et Art 107)
- Loi N° 90/21 du 15/08/90 du J.O N° 35 du 15/08/90 relative à la comptabilité publique
- Décret N° 87-146 du 30 juin 1987 portant création de bureau d'hygiène communal. (Artr01, Art02, et Art03).
- Décret exécutif N° 97-261 du 14 juillet 1997, fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des Directions de la Santé et de la Population (DSP).
- Décret exécutif N° 97-466 du 02-12-1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires en Algérie.
- Décret N° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des EPH et des EPSP.
- Décret exécutif N°91/313 du 07/09/1991 du journal officiel (J.O) N° 43 du 18/09/1991 fixant les procédures, modalités et contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables.

Table des matières

Introduction générale	01
chapitre I : approche théorique du service public de la santé	
Introduction au chapitre I.....	08
Section 1 : La théorie néoclassique de la demande de soins	09
1-1: Les fondements de la théorie néoclassique en médecine ambulatoire.....	10
1-1-1: La fonction de production.....	10
1-1-2: L'influence des prix sur la demande de soins.....	11
1-1-3: la formulation de la demande de soins selon le modèle néoclassique.....	12
A : L'influence de la consommation sur la demande de soins	12
B : La demande de santé comme un investissement en capital humain.....	13
1-2 : Les fondements de la théorie néoclassique en médecine hospitalière.....	13
1-2-1 : le modèle hopital-entreprise.....	14
A : Le système d'offre de soins au sein d'un hopital-entreprise.....	14
B : Le système de demande de soins au sein d'un hopital-entreprise	15
B1 : La demande des patients	15
B2 : La demande des médecins	15
B3 : La demande des pouvoirs publics	15
C : Les limites du modèle hopital-entreprise	16
1-2-2 : Le modèle hopital-institution.....	17
A : L'étude de l'hôpital en tant qu'institution bureaucratique.....	18
B : Les limites du modèle bureaucratique	19
C : la recherche d'un financement optimal de l'hôpital public	20
1-2-3 : Assurance maladie et rôle de l'Etat.....	21
A : Les fondements néoclassiques de l'assurance maladie	22
A1 : La couverture du risque par le moyen d'anticipation	22
A2 : Assurance maladie et le phénomène de sélection adverse.....	23
B : Les limites du système de la sécurité sociale	23
B1 : Le risque moral	24
B2 : Le passager clandestin.....	24
1-3 : les limites de la théorie néoclassique appliquée à la demande de soins.....	25

Section 2 : Théorie de la croissance endogène et service public de la santé	26
2-1 : Santé et croissance économique.....	26
2-1-1 : La relation santé-dépenses publique.....	26
2-1-2 : la relation santé-croissance.....	27
2-1-3 : Santé et le développement humain.....	28
2-2: l'analyse du système de soins à travers la théorie de la croissance endogène	28
2-2-1 : le référence au capital santé.....	29
A : Le capital santé individuel	29
B : Le capital santé collectif	30
2-2-2 : capital humain et santé : le modèle de M.Grossman.....	30
2-3 : les limites du modèle de M.Grossman.....	33
Section 3 : La théorie de contractualisation en santé	34
3-1 : Le modèle standard de la théorie de l'agence.....	34
3-1-1 : Approche conceptuelle et normative de la théorie de l'agent.....	35
A : Fondement et apport de l'approche normative	35
B : Asymétrie d'information.....	36
C : les contrats incitatifs et relation d'agence.....	37
3-1-2 : Approche positive de la relation d'agence.....	38
A : Définition étendue de la relation d'agence	38
B : une analyse comparée des fondements de l'approche positive.....	38
3-2 : Théorie de l'agence et système de santé.....	39
3-2-1 : Médecine ambulatoire et relation d'agence.....	39
A : Incertitudes et asymétrie informationnelle	39
B : Les différentes relations d'agence en médecine ambulatoire	41
3-2-2 : Relation d'agence et hiérarchie à l'hôpital public.....	44
A : Les relations d'agence à l'hôpital public	44
A1 : approche normative du fonctionnement de l'hôpital public.....	44
A2 : Approche positive et fonctionnement de l'hôpital public.. ..	46
B : Contrats incitatifs et hôpital public	47
B1 : Médicalisation de la gestion hospitalière et contrats incitatifs	47
B2 : L'apport d'une médicalisation de la gestion hospitalière	48
C : apports d'une approche de l'hôpital public par la théorie de l'agence	49

3-3 : Apport et limites de la théorie de contractualisation en santé.....	49
3-3-1 : Apport de la théorie des contrats en santé.....	49
3-3-2: limites de la théorie de contractualisation en santé.....	50
Section 4 : Approche conventionnaliste et service public de la santé	52
4-1 : Présentation du model standard de l'économie des convention.....	52
4-1-1 : Les origine de la théorie économiques des conventions	53
A : les prix du marché et les relations entre individus	53
A1 : La théorie de l'équilibre général	53
A2 : théorie de la production des comportements.....	54
B : l'approche générale de l'économie de convention et la question de coordination.....	55
B1 :l'ignorance des règles constitutives	55
B2 : l'absence de l'incertitude	55
4-1-2 : la coordination par les règles.....	56
A : La rationalité individuelle	56
B : Des règles contrats aux conventions	57
C : les règles régulatives	58
4-1-3 : Economie des conventions et relations entre individus.....	58
A : la caractéristique collective et cognitive des individus	59
B : les conventions constitutives	59
C : Convention et identité de l'organisation	60
4-2 :L'analyse du système de soins à travers l'approche conventionnaliste.....	60
4-2-1 : Les conventions d'activité.....	61
A : Le passage de l'effort à l'activité	62
B : La convention d'activité et ses caractéristiques	63
B1 : L'identité collective.....	63
B2 : La cohésion de la profession.....	64
4-2-2 : Les conventions de qualité.....	64
A : Qualité technique et convention	65
B : la relation medecin-patient	65
4-3 : Les limites prédictives de l'approche conventionnelle.....	66
Conclusion au chapitre I.....	68

chapitre II : système national de santé algérien

Introduction au chapitre II.....	70
Section 1 : légitimité de l’action publique locale et service public de la santé.....	71
1-1: Des biens publics purs aux biens publics locaux.....	71
1-1-1: Les biens collectifs	71
A : Définition	71
B : typologie des biens collectifs.....	72
C : Caractéristiques des biens publics purs	74
1-1-2: Les biens publics locaux ou de proximité.....	75
A : Définition	75
B : Caractéristiques des biens publics locaux	76
B1 : Les biens publics locaux sont rarement des biens collectifs purs	76
B2 : Les externalités des biens publics locaux	76
1-2 : De l’Etat central aux collectivités territoriales décentralisées.....	77
1-2-1 : Les principes de l’intervention publique.....	77
A : L’intervention publique pour l’efficacité	77
B : L’intervention publique pour l’équité	78
1-2-2 : Décentralisation de la décision publique.....	79
A: Justification de la décentralisation	79
B: La décentralisation au service de l’efficacité des actions publiques locales	80
Section 2 : Evolution du système national de santé en Algérie.....	83
2-1 : Le système de soin Algérien après l’indépendance et durant la première phase de gratuité des soins : 1962-1984.....	83
2-1-1 : Diagnostic démographique et socioéconomique	83
A : la population et son environnement social	83
B : la population et son environnement économique : 1962-1984.....	84
2-1-2: Diagnostic du système de santé en Algérie : 1962-1984.....	85
A : santé, population et indicateurs de soins.....	85
B : les programmes et les objectifs sanitaires de l’époque.....	86
2-1-3: l’organisation, le fonctionnement et le financement du système de santé national après l’indépendance et durant la première période de la gratuité de soins : 1962-1984.....	87

A : les modes d'organisation et de fonctionnement du système de santé: 1962-1984.....	87
B : les modalités de financement du système de santé algérien : 1962-1984.....	89
B1 : l'Etat et les collectivités locales.....	90
B2 : la caisse de sécurité sociale.....	90
B3 : les personnes autonomes.....	90
2-2 : le système de santé algérien durant le période de la crise économique : 1985-1994.....	91
2-2-1 : la situation démographique et socio économique du pays durant la période de la crise économique.....	91
A : la population et son environnement social : 1985-1994.....	91
B : la population et son environnement économique : 1985-1994.....	92
2-2-2 : le diagnostic du système de santé algérien durant la période de crise : 1985-1994.....	93
A : santé, population et indicateurs de soins	93
B : les différents programmes et objectifs sanitaires durant la période de crise	93
2-2-3 : Organisation, fonctionnement et le financement du système de santé algérien durant la période de crise : 1985-1994.....	94
A : les modes d'organisation et de fonctionnement du système sanitaire algérien durant cette période : 1985-1994.....	94
B : les modalités de financement du système sanitaire algérien durant la période de crise	96
2-3 : le système national de santé après l'adoption du plan d'ajustement structurel (P.A.S) : 1994 à nos jours.....	97
2-3-1 : les modes l'organisation et de fonctionnement du système de soin en Algérie : 1994 à nos jours.....	98
A : les objectifs et les conséquences de l'adoption du P.A.S sur le système de soin en Algérie.....	98
B : l'offre de soins en matière d'infrastructures	98
C : les ressources matérielles et humaines en matière de soins.....	101
2-3-2 : les modalités de financement du système national de santé : de 1994 à nos jours.....	102
A : les sources du financement et coûts de la santé	102
B : les problèmes de financement de la santé en Algérie	103

C : les dépenses nationales de santé en Algérie : entre équité et efficacité.....	104
2-3-3 : le système de santé algérien : évaluation et perspectives.....	105
A : les avantages du système de santé actuel	105
B : les inconvénients du système actuel de soin en Algérie	105
C : les perspectives du système national de santé en Algérie	106
Section 3 : Collectivités locales et gestion du service public de la santé en Algérie	108
3-1 : Rôle des politiques de santé dans le développement durable.....	109
3-1-1 : définition de la notion du développement durable.....	109
A: définition du développement	109
B : Définition du développement durable.....	110
3-1-2 : Santé, croissance et développement humain.....	111
A : Croissance économique et développement humain.....	111
B : L'impact de la santé sur la croissance économique et le développement humain.....	111
3-1-3 : politique de santé et développement durable.....	112
A: La santé et les politiques de santé au cœur du développement durable.....	113
B: contributions des politiques de santé au développement durable.....	113
3-2 : La gestion de la santé au niveau local en Algérie.....	114
3-2-1 : Collectivités locale et développement durable.....	115
A : La gestion du service public local.....	115
B : Les collectivités locales et la mise en oeuvre du développement durable.....	115
3-2-2 : Evaluation de l'action locale en matière de santé en Algérie.....	117
A : Les principes inhérents à l'organisation des soins en Algérie.....	117
A1 : La sectorisation.....	117
A2 : Le principe de la régionalisation.....	119
B : L'organisation de l'action sanitaire au niveau local en Algérie.....	120
B1 : Au niveau de la wilaya.....	120
B2 : au niveau communal.....	121
Conclusion au chapitre II.....	124

Chapitre III : Présentation du système actuel de calcul des coûts et de maîtrise des dépenses de soins en Algérie

Introduction au chapitre III.....	127
Section 01 : Introduction à la comptabilité analytique.....	128
1 -1 : Définition et objectifs d'une comptabilité analytique.....	128
1-1-1 : Définition de la comptabilité analytique.....	128
1 -1-2 : Les objectifs de la comptabilité analytique.....	129
A : Calcul des coûts des biens et services proposés par l'entreprise.....	130
B : Contrôle de gestion	130
C : Analyse économique et prise de décision	131
1-2: Les démarches suivies en CA et la méthode de calcul des coûts.....	131
1-2-1: Les démarches suivies en CA	131
1-2-2 : Méthode de calcul des coûts	132
A: Notions de coûts et de charges.....	132
A1 : Les coûts et les charges fixes	132
A2 : les coûts et les charges variables	133
A3 : Les coûts et les charges directes	133
A4 : Les coûts et les charges indirects	133
A5 : Le croisement des caractéristiques de charges variables, charges fixes, charges directs et charges indirectes	134
B : L'étude de l'approche classique	134
B1 : La méthode du coût complet	134
B2 : La méthode des coûts partiels	135
Section 02 : Le calcul des coûts dans un établissement public de soins.....	136
2-1 : Le système comptable hospitalier algérien.....	136
2-1-1 : La comptabilité administrative	136
2-1-2 : La comptabilité de matière	137
A : La comptabilité de la gestion	137
B : La comptabilité des stocks	137
C : La comptabilité d'inventaire.....	138
2-1-3 : La comptabilité des malades	138
2-2 : Présentation de la Comptabilité analytique de gestion hospitalière (CAGH).....	138
2-2-1 : Définition de la CAGH	138

2-2-2 : Les objectifs de la CAGH.....	139
A: Les objectifs internes de la CAGH	139
B: Les objectifs externes de la CAGH.....	140
2-3 : Les conditions de la mise en place de la CAGH en Algérie.....	140
2-3-1 : Les systèmes d'information hospitaliers.....	141
2-3-2 : le découpage analytique de l'établissement public de soins	142
A : Les fonctions principales.....	143
B : Les activités majeures (AM).....	143
C : Les activités de niveau inférieur.....	143
D : Les sections d'analyse	144
E : Le centre de responsabilité.....	145
2-3-3 : L'affectation des charges	145
A: Le schéma général de la CAGH	145
B : Les méthodes de calcul des coûts	146
C- La saisie d'information.....	147
D : Les différentes charges de soins.....	147
D1 : Les charges de personnel.....	147
D2 : Les charges de la pharmacie.....	147
D3 : Les charges induites	148
E : Les principales règles d'affectation des charges.....	148
E1 : Les dépenses de médicaments.....	148
E2 : Les dépenses d'alimentation.....	148
E3 : Les dépenses du personnel	148
E4 : Les dépenses d'infrastructures.....	149
E5 : Les dépenses en matériel médical.....	149
E6 : Les dépenses de prévention.....	149
Section 03 : Nécessité de mise en place d'une méthode de calcul des coûts en milieu sanitaire :	
« la méthode des sections homogènes ».....	149
3-1 : Présentation de la méthode des sections homogènes.....	149
3-1-1 : Définition et historique.....	149
3-1-2 : Les principales notions à définir.....	150

3-2 : Les différents principes de la méthode des sections homogènes.....	156
3-2-1 : Découpage analytique de l'établissement : la première étape de calcul des coûts.....	156
3-2-2 : La conception des supports d'information en fonction du découpage.....	158
3-2-3 : Renseigner les différents tableaux : collecte des données.....	159
A : Les charges	159
A1 : Les dépenses de personnel	159
A2 : Les dépenses d'alimentation.....	160
A3 : Les dépenses de pharmacie	160
A4 : Fournitures diverses.....	160
A5 : Entretien et maintenance	161
A6 : Les charges communes	161
B : Les activités	161
B1 : Activité des services d'hospitalisation et de consultation	161
B2 : Activités des sections principales.....	162
B3 : Les activités du laboratoire, de radiologie, du bloc opératoire, de la stomatologie et de l'exploration fonctionnelle	162
B4 : les activités du plateau technique	162
3-2-4 : Répartition primaire des charges	162
3-2-5 : Répartition secondaire des charges.....	162
A : Présentation de la répartition secondaire des charges.....	162
B : Récapitulation de la répartition primaire et secondaire.....	163
Conclusion au chapitre III.....	164

Chapitre IV : Analyse et perspectives du système de maîtrise des dépenses de soins en Algérie : Cas du secteur sanitaire de BOGHNI

Introduction au chapitre IV.....	165
----------------------------------	-----

Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil : le secteur sanitaire de la commune de BOGHNI.....

1-1 : Historique et structures.....	166
1-1-1: La polyclinique.....	167
1-1-2: Centre de santé.....	167
1-1-3: sale de soins	167

1-2 : Organisation et rôle du secteur sanitaire de BOGHNI.....	168
1-2-1 : Les missions du secteur sanitaire de BOGHNI.....	168
1-2-2 : les modalités d'organisation du secteur sanitaire de BOGHNI	168
A : l'organisation administrative.....	168
A1 : le conseil d'administration	168
A2 : le conseil médical	171
B : l'organisation financière.....	171
B1 : La participation de l'Etat.....	171
B2 : la participation de la sécurité sociale.....	171
B3 : les ressources propres du secteur sanitaire.....	172
1-3 : Les modalités de gestion du secteur sanitaire de BOGHNI.....	172
1-3-1 : la gestion du personnel du secteur sanitaire de BOGHNI.....	172
1-3-2 : la gestion médicale du secteur sanitaire de BOGHNI.....	175
A : Les services d'hospitalisation	176
B : le bureau des entrées.....	178
C : les services médico-techniques.....	178
D : La prévention.....	178
E : le service des urgences	178
1-3-3 : la gestion des services économiques	179
A : les objectifs et les contraintes de la gestion des services économiques.....	179
B : Les outils de contrôle des dépenses des secteurs sanitaires : la comptabilité.....	179
Section 02 : Calcul des coûts et application de la méthode des sections homogènes au sein du	
secteur sanitaire de la commune de BOGHNI.....	180
2-1 : Présentation des principales étapes de calcul des coûts au sein du secteur sanitaire de la	
commune de BOGHNI.....	181
2-1-1 : Le découpage analytique du secteur sanitaire de BOGHNI.....	181
A : Sections principales à caractère médical	181
B : les sections auxiliaires du secteur sanitaire de BOGHNI.....	182
2-1-2 : Supports d'information et sources des données.....	183
A : Concepts des supports d'information.....	183
B : Collecte et sources des données	183
2-1-3 : Répartition des charges.....	184
A : l'affectation primaire des charges	184

B : la répartition secondaire des charges.....	185
2-2 : fonctionnement de la méthode des sections homogènes et le calcul d'une journée d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI.....	187
2-2-1 : Les activités des services d'hospitalisation du secteur sanitaire de BOGHNI	187
2-2-2 : la calcul d'une journée d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI suivant la méthode des section homogènes	191
A : la répartition primaire des charges au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI.....	191
B: la répartition secondaire des charges au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI.....	194
C : le calcul d'une journée d'hospitalisation au niveau du secteur sanitaire de BOGHNI pour l'année 2006 et l'année2007.....	199
2-3 : Limites et perspectives de la méthode des sections homogènes appliquée dans les établissements publics de soins en Algérie	201
2-3-1 : Fournitures diverses, maintenances et alimentation.....	201
2-3-2 : Médicaments et consommables.....	202
2-3-3 : Les services hospitaliers et les ressources humaines.....	203
Conclusion au chapitre IV.....	205
Conclusion générale	206
Bibliographie.....	211
Annexes	

Annexe 01 : Les tableaux du CANEVA (A)

Tableau A1 Du CANEVA (A) : effectif - masse salariale

Inscrire dans cette ligne les sections principales et auxiliaires	médecine interne		Pédiatrie			Total	
	effet	Mont	Effect	Mont	Effect	Mont	Effect	Mont
Professeurs Docents Maître- assistant Spécialistes Généralistes Pharmaciens Chir-dentistes Résidents								
S/T médical								
Psy et orthoph Biologiste PEPM Infer.dipl-d'Etat Infirmier breveté Aide paramédical								
S-T paramédical								
Administratif (1) Technique (2) Economique (3)								
S/T autres								
Total								

Source : guide méthodologique de 2001, p 15.

Tableau A2 du CANEVA (A) : dépense alimentaire globale

Désignation	Quantité	P.U moyen	Montant
Viandes rouges			
Poulet			
Poisson			
Œufs			
Pain			
Lait			
Fruits			
Légumes			
Alimentations générales			
Total			(y)

Source : guide méthodologique ,2001 ; p 16.

Blouses médecin								
Tenus de bloc								
Draps								
.....								
Total								

Source : guide méthodologique, 2001, op cit, p 17.

Tableau A7 du CANEVA (A) : fournitures diverses

Inscrire dans cette ligne les sections principales et auxiliaires	Bloc opératoire	Imagerie	laboratoire	Pédiatrie	Médecine interne	Total
Fournitures de bureau							
Linge et literie							
Produits d'hygiène							
Matériel et mobilier non médical							
Matériel et mobilier médical							
Total							

Source : guide méthodologique, op cit, p 18.

Tableau A8 du CANEVA (A) : entretien et maintenance

Inscrire dans cette ligne les sections principales et auxiliaires	Bloc opératoire	Imagerie	Laboratoire	Pédiatrie	Médecine interne	Total
Travaux d'aménagement et d'entretien effectués par des entreprises							
Travaux d'aménagement et d'entretien effectués en régie							
Travaux de maintenance effectués par des entreprises							
Travaux de maintenance effectués par les techniciens de l'hôpital							
Total							

Source : guide méthodologique, op cit, p 18.

Tableau A9 du CANEVA (A): charges communes

Imput	Intitulé	Montant	Commentaires
I V 3	<u>Titre I</u> Assurance de resp. civile		La facture est annuelle et ne figure pas sur l'état de solde. Il faut l'affecter aux charges communes à raison de 1/12 ^{ème} par mois.
II I 2	<u>Titre II</u> Bourses des internes et externes		Les internes et les externes changent de service plusieurs fois par année, ce qui rend difficile l'affectation de leurs charges.
Chapitre 2	Formation du personnel paramédical	Le montant de certaines dépenses de formation peut être connu avec exactitude par service, mais par souci de simplicité ; il a été décidé, dans un premier stade, de les considérer comme des charges communes.	
Chapitre 3	Stages à l'étranger		
Chapitre 4	Congés de séminaires		
Chapitre 5	Formation continue		
Chapitre 8	Autres dépenses de fonctionnement		
Chapitre 2	<u>Titre IV</u> Gaz médicaux et autres produits		
VI I 3	<u>Titre VI</u> Accessoires et pièces de rechange pour matériel médical		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le niveau de l'organisation de l'IDE permet d'individualiser de coût matière des opérations par service, il est préférable de considérer les charges d'entretien des bâtiments et de maintenance du matériel comme des charges directes et de les affecter aux sections par biais du tableau A9. ▪ Les travaux qui concerne l'ensemble de la structure et non un service donné ; doivent toujours être considérés comme des charges communes. ▪ Lorsque les travaux d'entretien et de maintenance réalisés par des entreprises sont effectués pour le compte d'un service donné ; il faut demander à l'entreprise de le préciser sur la facture.
	<u>Titre VII</u> Dépenses d'infrastructure		
Chapitre 1	<u>Titre VIII</u> Frais divers de gestion		
VIII 2 1	Chauffage, éclairage, eau, etc.		
VIII 2 3	Documentation		
VIII 3 3	Entretien de matériel		
Chapitre 4	Parc-auto		
Chapitre 5	Transports et déplacements		
Chapitre 7	Frais de l'H.C.A		
	<u>Titre X</u> Recherche médicale	Le montant de la recherche médicale peut être connu avec exactitude par service, mais on estime que son activité bénéficie à l'ensemble des services et non à un service précis.	
	Total		

Source : guide méthodologique, op cit, p 19.

laboratoire											
Glycémie											
TX créat											
.....											
Total											

Source : guide méthodologique, op cit, p 23.

Tableau B6 du CANEVA (B) : activité de l'imagerie

Inscrire dans cette colonne les types d'examens de laboratoire ↓	Médecine interne		Pédiatrie			Externes		Total	
	NBR examens	NBR de R	NBR examens	NBR de R	NBR examens	NBR de R	NBR examens	NBR de R	NBR examens	NBR de R
Tele thorax										
Rachis cervic										
Scanner										
Echographie										
.....										
Total										

Source : guide méthodologique, op cit, p 23.

Tableau B7 du CANEVA (B) : activité de bloc opératoire

Inscrire dans cette colonne les types d'intervention chirurgicale ↓	Chirurgie		Pédiatrie			Total	
	NBR d'interventions	NBR de K	NBR d'interventions	NBR de K	NBR d'interventions	NBR de K	NBR d'interventions	NBR de K
Ablation du sein								
Cholécystectomie								
Hystérectomie								
.....								
Total								

Source : guide méthodologique, op cit, p 24.

Tableau B8 du CANEVA (B) : activité de stomatologie

Inscrire dans cette colonne les actes de chirurgie dentaire ↓	Nombre de séances	Nombre de D
Extractions		
Soins		
Prothèses		
.....		
Total		

Source : guide méthodologique, op cit, p 24.

Tableau B9 du CANEVA (B) : activité du service d'exploitation fonctionnelle

Inscrire dans cette colonne les types d'examens d'exploitation fonctionnelle ↓	Médecine interne	Pédiatrie	Externes	Total
	NBR d'examens	NBR d'examens	NBR d'examens	NBR d'examens	NBR d'examens
Fibroscopie					
Endoscopie					
E.C.G					
E.E.G					
.....					
Total					

Source : guide méthodologique, op cit, p 25.

Tableau B10 : activité du plateau technique

Inscrire dans cette colonne les sections principales ↓	Laboratoire		Radiologie		Bloc opératoire		Exploration fonctionnelle	Rééducation Fonctionnelle	Ergothérapie
	NBR exam	NBR de B	NBR exam	NBR de R	NBR interv	NBR de K	NBR exam	NBR séances	NBR séances
Médecine interne									
Pédiatrie									
.....									
Externes									
Total									

Source : guide méthodologique, op cit, p 25.

Annexe 03 : les tableaux du CANEVA (C)

Tableau C1 : Répartition primaire des charges

	Sections auxiliaires										Sections principales				Total	%			
	Bloc opératoire	Imagerie	Laboratoire	Explo fonct	SEM EP	Ergo thérapie	Reed fonct	Adm	Sces eco	Sces soc	Pédiatrie	Méd intern	...	Sous total					
																	A	B	C	$\Sigma$
Personnel																			
Alimentation																			
Pharmacie																			
Fournitures diverses																			
Entretien et maintenance																			
Charges communes																			
Total																			
	%										$A/\Sigma \times 100$	$B/\Sigma \times 100$	$C/\Sigma \times 100$	$C/\Sigma \times 100$					

Source : guide méthodologique, op cit, p 27

Tableau C2 du CANEVA (C) : répartition secondaire des charges

	Sections auxiliaires										Sections principales			
	Bloc opér	Image rie	Laborato ire	Explor fonc	SEMEP	Erguo therapie	Reed fonc	Administ	Sces eco	Sces Soc	Pédiatrie	Med intern	.....
Total Répartit primaire														
Bloc opér	• (1)													
Imagerie		•												
Labo			•											
Explor fonct				•										
SEMEP					•									
Erguo therapie						•								
Reed fonction							•							
Administ								•						
Sces éco									•					
Sces sociaux										•				
Total répartition secondaire											B			
Total général											A+B			
Unité d'oeuvre	K	R	B	Examen	....	Séance	Séances	....	....	....	J.H	J.H	....
NBR d'U.O											C			
Coût U.O											D	(3)		

