

**UNIVERSITE MOULOD MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**



Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

En sciences économiques

Spécialité : Economie de la Santé

Sujet :

**Le logiciel 3COH : vers le calcul des coûts de prise en charge des
malades dans les établissements publics de santé en Algérie.**

Cas de l'EPH d'Azazga.

Réalisé par :

M^r MESAUDENE BILAL

M^r ATIG MAKHLOUF

Dirigé par :

M^r SALMI MADJID

Devant le jury composé de :

Présidente : Melle LOUGGAR. R. Maitre assistante classe A. UMMTO

Rapporteur: M^r SALMI. MADJID. Maitre Assistant classe A. UMMTO

Examinatrice : Melle SI MANSOUR. F. Maitre Assistante classe A. UMMTO

Date de soutenance:

Le 28-12-2017

Promotion : 2016-2017

Remerciements

Tout d'abord nous remercions dieu le tous puissants qui nous a donné, le courage et l'ambition pour réaliser ce modeste travail de master en économie de la santé.

Nous tenons à remercier notre promoteur, MR : SALMI MADJID, pour son aide et ses encouragements durant la réalisation de notre travail, il nous a orienté vers le succès avec ses connaissances en partageant nos idées et sans oublier ses applaudissements tout en long de notre épreuve, et sa présence à tout moment.

Nous exprimons nos gratitudes et nos reconnaissances au personnel de l'EPH d' AZAZGA, pour l'intérêt qu'ils ont portés à notre stage pratique au sein de l'établissement, et d'avoir accepté de nous aider.

Nous remercions tous les membres de jury, d'accepter d'évaluer notre travail.

Nous désirons aussi, exprimer nos profonds remerciements à : Mr SALMI Madjid responsable de notre spécialité et Mm SALMI Samia chef de département des sciences économiques.

Sans oublier tous les enseignants du département des sciences économiques.

Dédicace

A nos parents ;

A nos familles ;

A nos amies.

Bilal & Makhelouf

Résumé en français

La demande de soins en Algérie augmente, le progrès médical et l'amélioration de la qualité et de la sécurité ont un coût, mais parallèlement les ressources diminuent. Les établissements doivent respecter la politique de maîtrise des dépenses.

En 2002 le MSPRH a mis en place un système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes. Malgré les avantages multiples que génère cette méthode, il faut évaluer la possibilité d'implanter ce modèle dans le contexte organisationnel des hôpitaux. Ainsi les centres hospitaliers sont exposés à des limites telles que la difficulté dans la production des coûts réels de l'activité qui ne peuvent contrôler, soit le temps, les normes gouvernementales et leur financement.

A cet effet, à partir de Janvier 2010 le M.S.P.R.H a mis en place un système d'information et de calcul des coûts dans les hôpitaux publics, d'où l'intégration du nouveau système de triple comptabilité hospitalière « 3COH ».

Le système triple comptabilité hospitalière répond largement aux besoins en information des dirigeants sanitaires en passant d'une simple gestion administrative à un véritable management.

Mais les « Hommes du terrain », les cadres hospitaliers peuvent relancer la réflexion pour actualiser, enrichir ou modifier la méthode en vigueur et l'adapter à chaque type d'établissement en tenant compte des nouveaux statuts (les plus récents).

Mots clés : Le calcul des coûts 3COH, méthode des sections homogènes

Résumé en anglais

The demand for care in Algeria is increasing, medical progress and the improvement of quality and safety have a cost, but at the same time resources are decreasing. Institutions must comply with the expenditure control policy.

In 2002, the MSPRH set up a system for calculating costs using the homogeneous sections method. Despite the multiple benefits generated by this method, it is necessary to evaluate the possibility of implementing this model in the organizational context of hospitals. Thus hospital centers are exposed to limits such as the difficulty in producing real costs of the activity that can not control, time, government standards and their funding.

For this purpose, from January 2010 the M.S.P.R.H set up an information system and cost calculation in public hospitals, hence the integration of the new system of triple hospital accounting "3COH".

The triple hospital accounting system largely meets the information needs of health leaders by moving from a simple administrative management to a real management.

But the "men on the ground", the hospital executives can relaunch the reflection to update, enrich or modify the current method and adapt it to each type of institution taking into account the new statutes (the most recent).

Mots clés: Cost calculation, 3COH, homogeneous sections method.

Liste des tableaux

Tableau N° 01 : Effectif-masse salariale (A1)	19
Tableau N°02 : Dépense d'alimentation globale (A2)	20
Tableau N°03 : Nombre des repas consommés par services	21
Tableau N°04 : dépense alimentaire par services(A4)	22
Tableau N°05 : Dépenses de pharmacie(A5)	23
Tableau N°06 : Etat de consommation (A6)	24
Tableau N°07 : Fournitures diverses (A7)	24
Tableau N°08 : Entretien et maintenance (A8)	25
Tableau N°09 : Les charges communes (A9)	27
Tableau N°10 : activité des services d'hospitalisation et de consultation (B1)	28
Tableau N°11 : Activité de l'hémodialyse (B2)	29
Tableau N°12 : Activité du SAMU(B3)	29
Tableau N°13 : Activité de l'ergothérapie et de la rééducation fonctionnelle (B4)	29
Tableau N°14 : Activité du laboratoire (B5)	30
Tableau N°15 : Activité de l'imagerie (B6)	30
Tableau N°16 : Activité du bloc opératoire (B7)	31
Tableau N° 17 : Activité de stomatologie (B8)	31
Tableau N°18 : Activité du sce d'exploitation fonctionnelle (B9)	32
Tableau N°19 : Activité du plateau technique (B10)	33
Tableau N°20 : Répartition secondaire des charges (C1)	34
Tableau N°21 : Répartition secondaire des charges (C2)	36
Tableau N°22 : Récapitulation de la répartition primaire et secondaire des charges (C3)	37
Tableau N°23 : les clés de répartition (C4)	38
Tableau N°24 : Les critères de choix d'un modèle de comptabilité analytique.....	74

Figure N°01 : Organisation des transactions leurs distributions comptable	58
Figure N°02 : Résultat d'une transaction.....	62
Figure N°03 : Le processus d'une transaction.....	63
Figure N°04 : Les modules du système 3COH	64
Figure N°05 : Table des unités d'œuvre	101
Figure N°06 : Table des actes.....	101
Figure N°07 : Centre de responsabilité.....	102
Figure N°08 : Mouvement du personnel (octobre 2017)	104
Figure N°09 : Consommation de repas (octobre 2017)	105
Figure N°10 : Activités d'hospitalisation (octobre 2017)	106
Figure N°11 : Activités d'hospitalisation annuelle (octobre 2017)	107
Figure N°12 : Saisie des activités des sections médico-technique (octobre2017)	108
Figure N°13 : Saisie des activités principales (octobre 2017)	109
Figure N°14 : Tableau de la Répartition primaire (octobre 2017)	110
Figure N°15 : Tableau de la répartition secondaire (octobre 2017)	111
Figure N°16 : Sommaire des charges (octobre 2017)	112
Figure N°17 : les Résultats analytique (octobre 2017)	113
Figure N°18 : les résultats analytiques annuels (2017)	114
Figure N°19 : les Résultats analytiques pour le service médecine interne pour l'année 2017	115
Figure N°20 : les résultats globaux de l'année 2017	116

Liste des abréviations

CHU : Centres hospitalo-universitaires

DSP : Direction de la santé public

DMS : Durée moyenne de séjour

EPA : Entreprise public à caractère administratif

EHS : Etablissement public spécialisé

EPS : Etablissement public de santé

EPH : Etablissement public hospitalier

MSPRH : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PIB : Produit intérieur brut

PU : Pavillon des urgences

PCN : plan comptable national

PCEPA Plan comptable et plan analytique

PGI : Progiciel de gestion intégrée

SCF : Système comptable financier

SIG : Système intégré de gestion

TO : Taux d'occupation

TTC : Toute taxe comprise

T2A : Tarification à L'activité

UMS Utilitaires de maintenance du système

3COH : Triple comptabilité hospitalière

Introduction générale	1
Chapitre I : présentation de système de calcul des couts par la méthode des sections homogènes	7
Section 01 : La présentation de la méthode des sections homogènes	9
Section 02 : Les étapes de la méthode des sections homogènes	15
Section 03 : Les apports et les limites de la méthode des sections homogènes	39
Chapitre II : Le calcul des couts par le système triple comptabilité hospitalière	47
Section 01 : Historique et aperçu général sur le système de triple comptabilité hospitalière ..	49
Section 02 : L'Organisation du système de triple comptabilité hospitalière.....	57
Section 03 : Le fonctionnement du système de triple comptabilité hospitalière	66
Chapitre III : L'application du logiciel 3COH au sein de l'EPH AZAZGA	79
Section 01 : Présentation du cadre méthodologique de l'étude.....	81
Section 02 : Evolution et mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière au sein de L'EPH AZAZGA	89
Section 03 : L'application du système 3COH dans le calcul des coûts de prise en charge des malades au sein l'EPH d'AZAZGA	99
Conclusion générale	119

Introduction générale

Introduction générale

Dans un contexte mondial très complexe. Tous les pays, riches et pauvres, s'efforcent de lever les fonds nécessaires au paiement des services de santé dont leur population a besoin.

Aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'est capable de fournir à sa population globale toutes les technologies ou interventions qui peuvent améliorer sa santé ou prolonger sa vie. Mais bien que les systèmes de santé des pays riches puissent faire face à des limitations de budget - souvent exacerbées par les pressions doubles d'une population vieillissante et d'une main-d'œuvre s'amenuisant - les dépenses de santé restent relativement élevées dans le produit intérieur brute (PIB) et croissant plus rapidement que ce dernier.

Les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et d'autres pays du monde luttent pour arriver à assurer l'accès aux services même les plus élémentaires.

Toutefois, dans tous les pays, il existe des perspectives pour répartir la protection contre le risque financier et pour proposer l'accès aux services de santé d'une manière plus équitable.

Devant cette situation les pays ont instauré des méthodes de gestion modernes et performantes dans les organisations sanitaires.

L'Algérie, depuis l'indépendance des multiples contraintes altèrent son efficacité et ses performances, ainsi que l'inadaptation aux mutations que connaît le pays dans son organisation, sa gestion et les modalités de son financement.

La demande de soins en Algérie augmente, le progrès médical et l'amélioration de la qualité et de la sécurité ont un coût, mais parallèlement les ressources diminuent, la « consommation de soins » se développe et les établissements doivent respecter la politique de maîtrise des dépenses. D'où la nécessité pour les établissements de santé dans le contexte économique actuel du secteur sanitaire et médico-social, de moderniser et réorganiser leur gestion financière. Les établissements, à travers leurs gestionnaires, doivent être capables de gérer le rapport qualité/prix. Il faut rechercher les solutions les plus efficaces au moindre coût.

Pour gérer les ressources des hôpitaux Algériens, le MSPRH a ordonné la mise en place d'un système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes dans

les Établissements hospitaliers à partir de janvier 2002. La méthode des sections homogènes est une méthode de coûts complets qui veut rompre avec certaines pratiques simplistes de calcul des coûts de chaque service de l'hôpital (une journée d'hospitalisation, les actes médicaux et chirurgicaux, un séjour hospitalier, la pathologie, etc.).

L'objectif de la méthode est d'arriver à établir un tableau de bord pour le calcul et la maîtrise des dépenses de santé, ainsi que de déterminer le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans les différents établissements publics de santé en Algérie.

Malgré les avantages multiples que génère cette méthode d'affectation des coûts, il faut évaluer la possibilité d'implanter ce modèle dans le contexte organisationnel des hôpitaux. Ainsi, sans entrer dans trop de détails, les centres hospitaliers sont imposés à des limites telles que la connaissance limitée des pathologies et dans cette méthode on trouve la difficulté dans la production des coûts réels de l'activité qui ne peuvent contrôler, soit le temps, les normes gouvernementales et leur financement. Par conséquent, même si le degré de complexité quant à l'intégration de ce modèle diffère selon les différentes activités des établissements, il faut considérer que l'implantation de ce dernier reste un processus qui est long et coûteux pour l'organisation.

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

L'ensemble des réformes en-cours conduit les Établissements de Santé à s'interroger sur la méthode de la section homogène. Pour cela, l'Algérie a élaboré des programmes pour renforcer les compétences des dirigeants hospitaliers, en commençant à mettre en place des procédures modernes de gestion hospitalière qui visent notamment à rendre la gestion des hôpitaux plus rationnelle et à permettre ainsi une amélioration des systèmes d'informations et à renforcer leur efficacité.

À partir de Janvier 2010 le M.S.P.R.H a mis en place un système d'information et de calcul des coûts dans les hôpitaux publics, et cela par l'installation du nouveau système triple comptabilité hospitalière « 3COH », qui vise à prendre en charge, de façon intégrée, la gestion du système d'information comptable des établissements hospitaliers en Algérie.

Problématique :

Notre problématique s'efforce de construire un thème d'actualité, mais aussi de répondre à une série d'interrogations relatives aux modes de calcul des couts de la prise en charge des malades dans les établissements de santé en Algérie.

Quel est l'intérêt de mettre en place le système triple comptabilité hospitalière basé sur le logiciel « 3COH » dans le calcul et l'analyse des coûts au niveau des établissements de santé en Algérie ?

Tenter de répondre à cette question, nous amène à rechercher des réponses aux questions complémentaires qui s'imposent, à savoir :

- ❖ Quelles sont les limites de la méthode des sections homogènes dans le calcul des couts des prises en charge des malades ?
- ❖ Quelles sont les nouveautés du tableau de bord apportées par le système 3COH ?
- ❖ Quel type d'information de gestion produite par le nouveau système et quel résultat obtenu dans le calcul des couts de prise en charge des malades à l'hôpital ?

Ce travail se base sur deux hypothèses principales, à savoir :

- ❖ La mise en place de ce nouveau système de calcul des coûts est de nature à faciliter le passage d'une gestion administrative basé sur la méthode des sections homogènes à un véritable management fondé sur des règles scientifiques plus adapté pour un hôpital moderne.
- ❖ Le nouveau tableau de bord produit par le système triple comptabilité Hospitalière devra répondre largement aux besoins en information dans le calcul des couts de prise en charge des malades dans les établissements de santé en Algérie.

❖ **Choix du sujet :**

Notre choix pour ce sujet est motivé d'une part, par son originalité et son actualité, du fait que Le système 3COH est apparu dans les milieux hospitaliers comme un nouveau instrument de calcul des coûts dans les établissements de santé en Algérie au point de devenir une vrai nécessité pour les responsables de la santé publique d'autre part, par les contraintes et les difficultés que rencontrent aujourd'hui certains établissements de santé

particulièrement les établissements publics de santé Algériens en ce qui concerne leurs politique de maîtrise des coûts hospitaliers.

❖ Objectifs de la recherche :

Notre présente étude a pour objectif de :

- Faire une description des méthodes de calcul des couts actuelle dans les établissements de santé en Algérie ;
- Vérifier si le personnel de l'EPH connait le système 3COH et les outils qui accompagnent sa mise en place ;
- Déterminer les nouveautés et les apports du système 3coh dans le calcul des couts hospitaliers.

❖ Méthodologie de la recherche :

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

❖ Structure de l'étude :

Le plan de notre travail est réparti sur trois chapitres :

Le premier chapitre s'intitule " *présentation du système de calcul des couts par la méthode de la section homogène* ".

Dans ce chapitre, nous présenterons, d'abord, de la méthode de section homogène. Ensuite, nous exposerons les étapes de cette méthode. Enfin, nous terminerons ce chapitre par la présentation des différents intérêts et limites de la méthode des sections homogènes

Introduction générale

Le second chapitre s'intitule “ *le calcul des coûts par la triple comptabilité hospitalière* “. Dans ce chapitre, nous présenterons, d'abord, le système de triple comptabilité hospitalière nous intéresserons à l'organisation du système. Enfin, nous clôturerons ce chapitre par une présentation du fonctionnement du système de triple comptabilité hospitalière.

Le troisième chapitre, qui est consacré à une étude pratique, dans laquelle nous allons faire une analyse du nouveau système de triple comptable hospitalière sur le calcul des coûts de prises en charge des malades dans les établissements de santé en Algérie. Nous tenterons d'appuyer notre recherche par une étude de cas en sein de l'EPH d'AZAZGA, avec une série d'entretiens avec le personnel de l'établissement hospitalier.

Chapitre I

Présentation du système de calcul des
coûts par la méthode des sections
homogènes

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogène

Introduction du chapitre I :

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

La comptabilité analytique hospitalière constitue l'un des outils essentiels pour les décideurs hospitaliers, directeurs et médecins, pour les aider à piloter de façon efficiente les établissements de santé et les structures qui les composent.

Et dans un souci de maîtrise des dépenses de santé, en janvier 2002 le MSPRH a mis en place un système de calcul des coûts basé sur la méthode des sections homogènes dans les établissements hospitaliers. La méthode des sections homogènes est une méthode de coûts complets qui veut rompre avec certaines pratiques simplistes de calcul des coûts de chaque service de l'hôpital (une journée d'hospitalisation, les actes médicaux et chirurgicaux, un séjour hospitalier, la pathologie, etc.).

L'objectif est d'établir un tableau de bord pour la maîtrise des coûts pour déterminer le coût d'une journée d'hospitalisation calculée selon une même méthode dans tout type d'établissement par spécialités et dans différentes régions du pays.

I-1 présentation de la méthode des sections homogènes :

Cette section a pour objet de définir quelques concepts liés à la méthode des sections homogènes, de la définir et d'identifier ses étapes ainsi de présenter son intérêt et ses limites.

I-1-1 Aperçu général et définition de la méthode des sections homogènes :

I-1-1-1 Historique et définition:

La méthode des sections homogènes est l'une des méthodes de la comptabilité analytique elle est typiquement française, mise en œuvre dans les années 1930 afin de déterminer le prix de revient complet par service, comprenant d'une part les charges directes propres à ce service et une quote-part des charges indirectes globales de l'établissement public de soins.

Ainsi, la méthode des sections homogènes permet de déterminer des coûts basés sur un découpage de l'établissement en sections dites homogènes, dans ce sens que la totalité de leur coût peut se rapporter à une seule unité physique ou monétaire appelée « unité d'œuvre »¹.

Cette méthode ne constitue donc pas pour autant une comptabilité analytique proprement dite. C'est en revanche un système de répartition des charges entre les différents services, afin de déterminer les coûts complets de chacun d'eux.

En outre, la méthode des sections homogènes est appliquée dans l'objectif de déterminer un coût complet par service, tout en comprenant les charges directes propres à ce service et la quote-part des charges globales de l'établissement qui est calculé sur la base de « clé de répartition ».

Les coûts indirects sont collectés dans des « centres d'analyse » intermédiaires et ensuite répartis au prorata d'une clé de ventilation représentative de la consommation du coût indirect².

¹ Lexique – index in comptabilité analytique et gestion prévisionnelle : outils de gestion de Guy Rimbault éd Chihab Eyrolles col comptabilité paris 1991 Alger 1996

² Helene Löning Et (AL), « le contrôle de gestion : organisation, outils et pratiques », 3eme édition, dunod, paris, 2008.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogène

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

I-1-1-2 Les principales notions à définir :

❖ Unité d'œuvre :

« Elle est définie afin de mesurer une activité, et rechercher dans le but de caractériser l'activité du centre de responsabilité ou de la section d'analyse, et de constituer un instrument de communication entre les différents responsables. Cependant, il est important de préciser que certains centres de responsabilité (CR) ont une activité qui ne peut être mesurer en UO, comme il est le cas des sections d'analyses de la fonction administrative, où l'U.O utilisée est le taux de frais, qui représente le rapport entre le coût de la section d'analyse et la valeur de l'assiette de répartition qui correspond au total des coûts des activités ou centres utilisateurs »¹.

❖ Les clés de répartition :

« C'est un pourcentage à appliquer à chacune des charges indirectes en vue de leur répartition entre sections auxiliaires »².

La mise en œuvre de cette méthode nécessite le découpage de l'établissement en section homogène.

❖ La section homogène :

« Elle consiste en un service dont l'activité aboutit à la production d'une même unité d'œuvre, comme par exemple le service d'hospitalisation qui constitue une section homogène dont l'unité d'œuvre est la journée d'hospitalisation. Cependant, les sections homogènes se divisent en deux catégories section les sections principales et les sections auxiliaires »³.

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, page49

² Ibid, page 50.

³ Lexique – index in comptabilité analytique et gestion prévisionnelle : outils de gestion de Guy Rimbault éd Chihab Eyrolles col comptabilité paris 1991 Alger 1996, page 92

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogène

❖ Les Sections principales :

« Éléments de découpage, comptable de l'entreprise concernant ses activités productivité .les sections principales reçoivent des charges directe par affectation et des charges indirectes redistribuées en prévenance des sections auxiliaires »¹.

Donc Les sections principales sont 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.

❖ Les sections auxiliaires :

« Elles sont constituées par des centres qui travaillent pour d'autres centres. Donc l'essentiel de leur activité profite aux autres centres et non aux produits et par conséquent leurs charges relatives sont imputées sections principales et auxiliaires bénéficiaires des prestations »².

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

❖ Les charges directes :

« Sont les charges des sections principales et auxiliaires qu'on affecte a chacune Des sections sans avoir recours a une clé de répartition »³.

Exemple : salaire, médicament, fournitures diverses.

❖ Les charges indirectes :

« Ce sont des charges qu'on ne peut affecter aux sections que grâce à des clés de répartition »⁴.

¹ Ibid, page 93

² Comptabilité analytique, auteur : P. MYKITA et J. TUSZYNSKI, Editions Foucher, Paris 2000.

³ Guy Rimbault, Op-cit, page 94

⁴ Guy Rimbault, Op-cit, page 96

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

On trouve :

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

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

I-1-2 Les moyens nécessaires pour la mise en place de la méthode des sections homogènes :

Les indicateurs hospitaliers se rapportent aux malades hospitalisés et au fonctionnement des hôpitaux. Elles se basent sur des définitions précises.

L'hôpital doit fournir des chiffres précisant les activités des divers services, ainsi à partir de ces données, différents indicateurs qui sont obtenues, on peut procéder au calcul des coûts au sein des établissements de santé.

La réalisation de la méthode des sections homogènes nécessite des moyens si dessous :

I-1-2-1 Un tableau de bord : il est composé d'indicateur fiable tel que :

➤ **La durée moyenne de séjour (DMS) composé :**

Elle exprime le nombre de jours passés par les malades dans les établissements¹.

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

- L'Hospitalisation : Sont considérés comme des séjours stationnaires ou les séjours à l'hôpital d'une durée de 24 heures au moins à des fins d'examen, de traitement et de soins. Les séjours à l'hôpital de moins de 24 heures durant lesquels un lit est occupé pendant une nuit ainsi que les séjours hospitaliers lors de décès comptent également comme hospitalisation².

La diminution de la durée moyenne de séjour des patients constitue le critère ou l'élément permettant de servir de moyen de comparaison entre établissements et services de santé en ce qui concerne les activités réalisées³.

¹ Initiation à l'économie de la santé avec les logiciels Eco-Santé - Les producteurs du secteur de la santé Martine Broido - IRDES - Juillet 2006

² <http://www.hplus.ch>

³ Mr SALMI Madjid, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle: éléments pour une évaluation de la qualité des soins », page 85

➤ Coefficient de rotation des lits:

Il représente la relation entre le nombre de lits, les durées de séjour et le nombre d'entrants annuels. En pratique quand le taux de la rotation du lit est accéléré la durée moyenne de séjour est réduite.

Le taux de rotation (en %) = (nombre d'entrées /365)/ nombre de lits installés *100¹.

➤ Taux d'occupation (TO) :

Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux représente la somme des journées d'hospitalisation au cours d'une période donnée (en général une année) divisée par le nombre de lits disponibles, Il indique le degré d'utilisation des lits disponibles durant une période déterminée².

Le taux d'occupation (en %) = (nombre de journées réalisées/365) / nombre de lits installés*100³.

I-1-2-2 La Nomenclature des actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et leur codification :

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

I-1-2-3 Le logiciel de calcul :

C'est un programme ou une application informatique qui permet à l'administration de comptabiliser les différentes pièces justificatives fournis par les différents services de l'hôpital.

I-1-2-4 La fiche navette :

La fiche navette accompagne le malade durant tout son séjour hospitalier, c'est un support d'information à même de rendre compte des activités hospitalières et de leur coût, avec l'avènement de la gratuité des soins en Algérie en 1974, la fiche navette a été

¹ <http://www.ecosante.fr>

² http://www.hcp.ma/glossary/Taux-d-occupation-des-lits-d-hopitaux_gw104.html

³ <http://www.ecosante.fr>

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogène

simplement et carrément supprimée puis rétablie par la suite, elle comporte huit pages dont chacune est destinée à la collecte d'un certain nombre d'informations qui seront exploitées par le bureau des entrées. Cette fiche fait partie de la liste des supports d'information et de gestion normalisés¹.

I-1-2-5 Nombre de lits (ou de lits occupés) d'un établissement hospitalier :

C'est le nombre total des lits que comporte chaque service de l'hôpital. (Exemple : médecine générale, bloc opératoire, hémodialyse...etc.), considéré pendant très longtemps comme l'outil d'appréciation quantitative de l'activité hospitalière².

I-1-2-6 Nombre d'admissions, de sortie ou de transferts :

Le bureau des admissions est chargé à l'aide d'un registre des hospitalisations de consigner toutes les admissions/ sortie et le transfert de chaque patient, par ailleurs, l'attractivité d'un service, mesurée en termes d'admissions ou de consultations de malades, peut servir comme l'élément prépondérant de l'appréciation de cette activité³.

I-1-2-7 Nombre de journées d'hospitalisation par patient :

Une journée d'hospitalisation est une journée vécue par un malade en occupant un lit réel dans l'hôpital⁴.

I-1-2-8 Le package :

C'est l'ensemble des actes médicaux et les déférentes prestations dont bénéficie chaque malade (consultation, radio, réa respiratoire...).

Le nombre de package doit être égal en nombre de malade portés sur le registre du P.U (pavillons des urgences)⁵.

Chaque service doit délivrer le nombre des actes médicaux fournis au patient durant le mois au centre de calcul, ce dernier est chargé de calculer la somme global des actes médicaux de tous les services.

¹ Mr SALMI Madjid, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle: éléments pour une évaluation de la qualité des soins », page 105

² Idem, page 85

³ Idem.

⁴ <http://www.hplus.ch>

⁵ www.linternaute.com/dictionnaire/définition/package

I-2 les étapes de la méthode des sections homogènes :

La mise en œuvre du système de calcul des coûts par la méthode des sections passe par plusieurs étapes successives. A cet effet, cette section a pour objet de présenter les étapes de la méthode des sections homogènes.

I-2-1 Le découpage de l'établissement en section homogène (principale et auxiliaire) :

Les établissements hospitaliers déterminent le découpage analytique de leur structure en tenant compte des spécificités de leur fonctionnement et de leur organisation notamment médicale en s'appuyant sur la nomenclature définie dans le guide méthodologique de la comptabilité analytique.

Le découpage doit tenir en compte de l'organigramme, de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement.

I-2-1-1 Le centre de responsabilité :

Dans cette l'étape du découpage c'est le principe de CENTRE DE RESPONSABILITE qui détermine si un service donné est ou non une section (quelle soit une principale ou auxiliaire) et pour que le service doit être considéré comme une section il faut qu'il réponde aux critères suivants :

- Qu'il fait ses propres locaux
- Qu'il ait un personnel permanent
- Qu'il soit placé sous l'autorité d'un chef de service
- Que ses charges directes (médicaments, consommable, repas, équipement, etc....) soient individualisées (comptabilisables)

Ainsi, un service de rééducation fonctionnelle implanté dans un service d'orthopédie, prenant en charge exclusivement les malades de ce service et recevant ses commandes (consommable, matériels, etc....) avec le service d'orthopédie n'est pas une section mais une partie intégrante de l'orthopédie

Il va de même pour un laboratoire implanté dans un service de pédiatrie une échographie implantée dans un service de gynécologie-obstétrique, une fibroscopie implantée dans un service de gastro-entérologie, un fauteuil dentaire implanté dans un service de rééducation fonctionnelle¹.

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, page 04.

Par contre une salle d'épreuve d'effort ,de cathétérisme, même si elle est implantée dans un service de cardiologie, doit être considérée comme un centre d'analyse car elle travaille pour plusieurs services et prend en charge beaucoup de malades externes .le cas échéant, il faut mettre en place une organisation qui permet d'individualiser les consommations de ce Type de service.

I-2-1-2 La classification des services :

Pour classer un service comme une section principale ou une section auxiliaire il faut tenir compte du principe suivant :

❖ Le caractère "définitif "ou non de la prestation :

Le bloc opératoire n'est pas considéré comme une section principale parce qu'il réalise des interventions au profit de malades hospitalisés dans d'autres services (chirurgie, urologie, etc.) .La chirurgie est une section principale parce que ses journées d'hospitalisations ne sont produites au profit d'aucun service, c'est une prestation définitive, et pour ne pas être piégé lors de cette classification il faut écarter les principes suivants :

• L'implantation du service par rapport à l'hôpital :

Une maternité rurale est une section principale bien qu'elle soit une structure extra hospitalière, et inversement un laboratoire d'analyses est une section auxiliaire même s'il se trouve à l'intérieur de l'hôpital

• Le volume des dépenses du service :

Le bloc opératoire est un grand consommateur de budget mais elle constitue une section auxiliaire.

• L'implication du direct ou indirect du service avec les malade :

La radiologie n'est pas une section principale quand bien même elle fournit des examens aux malades car ses examens ne sont qu'une aide au diagnostic au profit d'un autre service (service de consultation ou d'hospitalisation)¹.

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, page 05.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Lors du découpage il faut créer autant de sections que des services de consultation, de laboratoire, de radiologie, de bloc opératoires, etc. Mais lors de la répartition primaire et secondaire, il faut regrouper l'ensemble des services de radiologie en une seule section principale (consultation externe), l'ensemble des services de radiologie en une seule section auxiliaire (imagerie). faire la même chose avec les blocs opératoires, les laboratoires et les services d'exploitation fonctionnelle.

Notons qu'en matière de structures extrahospitalières, les polycliniques et les centres de santé, lors du découpage, doivent être éclatées en sections homogènes (unité d'hospitalisation, unité de consultation, labo, radio, etc.) classée chacune comme une section principale ou auxiliaire en fonction des critères évoqués plus haut. Les charges qu'on ne peut individualiser par section doivent être affectées aux charges communes.

I-2-2 La conception des supports d'information en fonction du découpage :

Pour mieux passer l'information entre les différents services hospitaliers, MSPRH a établi un guide méthodologique définissant trois types de canevas (canevas " A ", canevas " B " et canevas " C ") qui sont des supports d'information. Ces derniers doivent être conçus en fonction du découpage de l'hôpital.

- Les canevas "A" (tableaux "A1" à "A9") : représente les états de consommation par service (les charges) qui sont tenus au niveau des différents magasins (pharmacie, papeterie, lingerie ...etc.). Ces canevas doivent faire ressortir l'évaluation monétaire des consommations par service.
- Les canevas "B" (tableaux "B1" à "B10") : ces canevas recensent les statistiques des activités des services médicaux et du plateau technique.
- Les canevas "C" (tableaux "C1" à "C4") : sont des tableaux relatifs à la répartition primaire et secondaire des charges.

I-2-3 La 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 trimestre¹.

¹ Melle. TOUBAL Farida, mémoire de magister en sciences économiques, option économie 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, promotion 2007/2008, page 158.

❖ Canevas A : LES CHARGES :

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

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

Sur les tableaux de canevas (A) doivent figurer toutes les sections qu'elles soient auxiliaires ou principales existant dans l'organigramme de l'établissement, tel qu'il a été conçu lors du découpage de l'étape n°1.

a) Dépense de personnel :

Au sein d'un établissement public de santé, 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 totales¹.

Le Tableau A1 «effectif – masse salariais » qui suit dans la page suivante contient les dépenses inhérentes aux salaires et traitement de toute les catégories de personnel payé par l'hôpital ainsi que celle relatives aux œuvres sociales (les salaires des médecins conventionnés doivent être affectés aux services ou ils assurent des gardes : P.U, chirurgie, maternité, etc.)².

¹ Melle. TOUBAL Farida, mémoire de magister en sciences économiques, option économie 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, promotion 2007/2008, page 147.

² 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, page 09.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Tableau N° 01 : Effectif-masse salariale (A1)

ETABLISSEMENT.....							Tableau A1	
EFFECTIF-MASSE SALARIALE								
MOIS DE .....ANNEE.....								
Inscrire dans cette ligne la section principale et auxiliaire	MED.INTERN		PEDIATERIE			TOTAL	
	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT
Professeurs								
Docents								
Maitre assist								
Spécialiste								
Généraliste								
Pharmaciens								
Chir .dentiste								
Résidents								
S/T médical								
Psy.et orthoph								
Biologiste								
P E P M								
Inf. Dipi. d'état								
Infirmier breveté								
Aide paramedical								
S/T Paramedical								
Administratif (1)								
Technique (2)								
Economique (3)								
S/T Autres								
TOTAL								
							LE SOUS DIRECTEUR DU PERSONNEL	

Source : le guide méthodologique, 2001 page 15.

Pour pouvoir renseigner le tableau A1, il faut d'abord procéder à la répartition de l'effectif par corps et par service. Lors de la répartition il faut s'assurer qu'il n'y a pas eu répétition et que la même personne n'a pas été compté e dans deux services à la fois.

Les montants sont obtenus par la répartition des sommes figurant sur l'état de solde entre les différentes sections en fonction du corps et du service auquel est affecté l'indemnité de performance (ou de rendement)¹.

¹ Ibid, page 09.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Pour les établissements dont la paye est informatisée, le tableau peut être obtenu par ordinateur grâce à une légère modification du logiciel de solde.

En ce qui concerne les œuvres sociales, il y a lieu de diviser le montant global du titre IX du budget par effectif total de l'établissement d'en multiplier le produit par l'effectif du service. Le montant qui en résulte doit être rajouté à la consommation du service à raison de 1/12^{ème} par mois.

Quant aux assurances de responsabilité civile, la facture annuelle ne figure pas sur l'état de solde. Il faut l'affecter aux charges communes à raison de 1/12^{ème} par mois¹.

b) Dépense d'alimentation :

Ce sont des dépenses affectées directement aux différents repas servis à l'hôpital, tout en distinguant les repas servis aux malades et ceux servis aux personnels².

Tableau N°02 : Dépense d'alimentation globale (A2)

ETABLISSEMENT			TABLEAU A2
DEPENSE ALIMENTAIRE GLOBALE			
MOIS DE : ANNEE.....			
DESIGNATION	QUNTIT	P.U. MOYEN	MONTANT
Viande rouge			
Poulet			
Poisson			
Œufs			
Pain			
Lait			
Fruits			
Légumes			
Alimentation générale			
TOTAL			(Y)

LE DEPENSIER

Source : le guide méthodologique, 2001, page 16.

¹ Ibid, page 09.

² Melle. TOUBAL Farida, mémoire de magister en sciences économiques, option économie 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, promotion 2007/2008, page 148.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Ce tableau nous permet d'avoir le montant des produits alimentaires consommés durant le mois et qui servira au calcul du cout du repas, lequel servira à son tour à calculer la dépense alimentaire par service afin de renseigner le tableau A4

Ce tableau doit être rempli mensuellement par le dépensier. La main courante contient toutes les informations nécessaires à son confection. Il faut veiller à ce que les prix unitaires utilisés pour calculer les montants soient en TTC et non en HT. Renseigner le tableau sur la base du bon de livraison. Ne pas attendre la facture qui risque d'arriver plusieurs mois en retard.

Dans Le Tableau A3 il figure le Nombre des repas consommés par services

Tableau N°03 : Nombre des repas consommés par services

ETABLISSEMENT				TABLEAU A3
NOMBRE DE REPAS CONSOMMES PAR SERVICE				
MOIS DE : ANNEE				
Inscrire dans cette colonne les sections principale et auxiliaire	MALADES (1)	PERSONNEL DE GARDE	AUTRES (2)	TOTAL
MEDECINE INTERNE				
PEDIATRIE				
.....				
TOTAL				(Z)
<u>LE CHEF CUISINIER</u>				
(1) Y inclure les gardes-malades (2) Collocations des donneurs de sang ,jury d'examens, délégation, ect.				

Source : le guide méthodologique, 2001, page 16.

Ce tableau doit être rempli par le chef cuisinier. Il représente la récapitulation des états journaliers des repas servis (le modèle de l'état journalier ne figure pas en annexe : c'est un tableau similaire au tableau A3 établi quotidiennement par la même personne)

En raison du faible niveau d'instruction de cette catégorie de personnel, il est préconisé un contrôle systématique des chiffres figurant sur ce tableau par la cellule chargée du calcul des couts¹.

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, page 10.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Et dans le Tableau A4 on trouve la dépense alimentaire par services

Ce tableau fait ressortir l'évaluation monétaire des repas consommés par service en faisant la différence entre les repas consommés par les malades, ceux consommés par le personnel de garde et ceux consommés à d'autres titres (collations des donneurs de sang pour les établissements dotés de CTS, repas servis aux membres des jurys d'examens, etc.).

Tableau N°04 : dépense alimentaire par services(A4)

ETABLISSEMENT		<u>TABLEAU A4</u>							
DEPENSE ALIMENTAIRE PAR SERVICE									
Dépense alimentaire globale du mois .....(1)									
Nombre total de repas servis durant le mois .....(2)									
Prix de reviens du repas (X=Y/Z).....DA MOIS DE :ANNEE.....									
Inscrire dans cette colonne les sections principale et auxiliaire	MALADES		PERSONNEL DE GARDE		AUTRES		TOTAL		
	NBR	MONTANT	NBR	MONTA	NBR	MANTA	NBR	MANTA	
MEDECINE INTERNE		(3)							
PEDIATRIE									
.....									
TOTAL							(Z)		

LE DEPENSIER

(1) on obtient ce chiffre a partir du tableau A2 (voir (Y))
 (2) on obtient ce chiffre a partir du tableau A3 (voir (Z))
 (3) le montant est calculer en multipliant le nombre de repas consommés durant le mois par le prix de reviens(X)

Source : le guide méthodologique, 2001, page 16.

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 médicaux-technique¹.

¹ Melle. TOUBAL Farida, mémoire de magister en sciences économiques, option économie 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, promotion 2007/2008, page 149.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Les Dépenses de pharmacie sont récapitulées dans le tableau A5 :

Tableau N°05 : Dépenses de pharmacie(A5)

ETABLISSEMENT.....						<u>TABLEAU A5</u>
DEPENSES DE PHARMACIE						
MOIS DE :.....ANNEE						
Inscrire dans cette colonne les sections principale et auxiliaire	BLOC OPER	IMAGE RIE	LABO RATOIRE	MED INTERN	TOTAL
Médicaments, sérums Pansements et vaccins						
Consommables et Accessoires						
Films et produits Radiologiques						
Réactifs et produits de Laboratoire						
TOTAL						

N.B mettre les montants en TTC LE PHARMACIEN CHEF

Source : le guide méthodologique, 200, page 17.

On peut normalement obtenir ce tableau par ordinateur grâce au logiciel PIPHARM. Au cas où la gestion du consommable et de la petite instrumentation ne serait pas informatisée, prévoir un état de consommation par service pour ce type de produit.

Pour pouvoir renseigner correctement ce tableau, il est recommandé de procéder à la classification des différents produits distribués par la pharmacie en fonction des cinq catégories figurent au tableau A5.

c) Fourniture diverses :

Etat de consommation : on peut donner un exemple dans le Tableau A6

Ce tableau qui doit être rempli par les magasiniers (en fonction du schéma d'organisation propre à l'établissement), représente les états de sortie mensuelle de cinq catégories de produit à savoir :

- 1) Papeterie et fourniture de bureau ;
- 2) Linge et literie ;
- 3) Produit d'hygiène¹ ;

¹Guide 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, Page 10.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

4) Matériel et mobilier non médical ;

5) Matériel et mobilier médical ;

Tableau N°06 : Etat de consommation (A6)

ETABLISSEMENT.....							<u>TABLEAU A6</u>	
ETAT DE CONSOMMATION DE (exemple : linge)								
MOIS DE : (exemple : octobre 2001)								
Inscrire dans cette colonne les sections principale et auxiliaire	MED .INTERNE		PEDIATRIE			TOTAL	
	QTE	MONTANT	QTE	MONTANT	QTE	MANTANT	QTE	MONTANT
Blouses médecin								
Tenues de bloc								
Draps								
.....								
TOTAL								

LE CHEF DE SERVICE

N.B prévoir un tableau similaire pour les quatre catégories de fournitures diverse a savoir :

- fournitures de tableau
- produits d'hygiène
- matériels et mobilier non médical
- matériel et mobilier médical

Source : le guide méthodologique, 2001page 17.

Le Tableau A7 représente la récapitulation de l'ensemble fournitures diverses

Ce tableau qui doit être rempli par la cellule chargée du calcul des couts, représente la récapitulation des états de consommation des cinq catégories de produits du tableau A6¹.

Tableau N°07 : Fournitures diverses (A7)

ETABLISSEMENT.....							<u>TABLEAU A7</u>	
FOURNITURES DIVERSES								
MOIS DE :.....ANNEE								
Inscrire dans cette colonne les sections principale et auxiliaire	BLOC OPER	IMAGE RIE	LABO RATOIRE	PEDIA TRIE	MED INTERN	TOTAL	
Fournitures de bureau								
Linge et literie								
Produits d'hygiène								
Matériels et mobilier non Médical								
Matériel et mobilier médical								
TOTAL								

Source : le guide méthodologique, 2001, page 18.

¹ Ibid, Page 10.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

e) Entretien et maintenance :

Le Tableau A8 représente l'entretien et maintenance. Il ne peut être rempli correctement que si le service tient à jour des supports d'information permettant d'individualiser les opérations d'entretien et de maintenance par service. Si cela n'est pas le cas, il ne faut pas en faire un préalable. On peut contourner cet obstacle en affectant toutes les charges d'entretien et de maintenance non individualisables par service aux charge communes (tableau A9) en attendant la mise en place de ces supports.

Pour les travaux en régie, le coût comme pour l'alimentation, ne représente que le coût « matière », (matériaux, pièce de rechange, etc.). Quand aux charge relatives au personnel, aux locaux, aux outils de travail, elles sont comptabilisées avec la section auxiliaire « services économiques ». Lorsque la méthode sera bien maîtrisée, un travail d'affinement sera envisagé en vue de dégager un cout réel incluant tous les paramètres¹.

Tableau N°08 : Entretien et maintenance (A8)

ETABLISSEMENT	TABLEAU A8						
ENTRETIEN ET MAINTENANCE							
MOIS DE .....ANNEE							
Inscrire dans cette colonne les sections principale et auxiliaire	BLOC OPER	IMAGE RIE	LABO RATOIRE	PEDIA TRIE	MED INTERN	TOTAL
Travaux d'aménagement et d'entretien effectués par les 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							

LE D I E

Source : le guide méthodologique, 2001, page 18.

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, page 11.

f) Charges communes :

Ce sont les charges (des sections principales ou auxiliaires) qui ne sont pas quantifiables, ou dont on ne peut pas déterminer avec exactitude la part qui revient à chaque service : électricité, gaz, travaux d'entretien ou de maintenance, téléphone, etc.

Et dans l'enregistrement il faut :

- Porter les montants dès la liquidation, ne pas attendre le mandatement qui risque de tarder par manque de crédits.
- Veiller à ce que la même dépense ne soit pas comptabilisée deux fois (à la liquidation et au mandatement).

Les charges communes figurent au **Tableau A9**¹ :

¹ Ibid, page 11.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Tableau N°09 : Les charges communes (A9)

IMPOT	INTITULE	MONTANT	COMMENTAIRES
I V 3	TITRE I Assurance de Resp. civile		La facture
II I 2	TITRE II Bourses des internes et externes		Les internes et les externes changent de service plusieurs fois par année, de leurs charges.
Chap 2	Formation du personnel Paramédical.		Le montant de certaines dépenses de formation peut être connu avec exactitude par service, mais par soucis de simplicité il a été décidé, dans un premier stade, de les considérer comme des charges communes.
Chap 3	Stages à l'étranger		
Chap 4	Congrès et séminaires		
Cha 5	Formation continue		
Chap 8	Autres dép. de fonctionn.		
Chap 2	TITRE IV Gaz médicaux et autre prod		
VI I 3	TITRE VI Accessoire et pièces de rechange pour matériel méd		<ul style="list-style-type: none"> • Si le niveau d'organisation de la DIE permet d'individualiser le cout matières des opérations par Service, il est préférable de considérer les charges d'entretien des bâtiments et de maintenance du matérielle comme des charges directes et de les affecter aux sections par le billet du tableau A 9. • Les traveaux qui concerne l'ensemble de la structure et non un service donné doivent toujours etre considérées comme des charges communes. • Lorsque des traveaux d'entretien ou de maintenance réalisés par des entreprises sont effectués pour le comte d'un service donné, demander à l'entreprise de le préciser sur la facture.
	TITRE VII Dépenses d'infrastructure		
Cha 1	TITRE VIII Frais divers de gestion		
VII 2 1	chauffage, éclairage, eau...		
VIII 2 3	documentation		
VIII 3 3	entretien du matériel		
Chap 4	parc-auto		
Chap 5	Transports et déplacements		
Chap 7	frais de l'H.C.A		
	TITRE X Recherche médicale		
	TOTAL		Le montant de la recherche médicale peut être connu avec exactitude par service mais on estime que son activé bénéficie à l'ensemble des services et non à un service précis.

Source : le guide méthodologique, 2001, page 19.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

❖ CANEVAS B : Les activités :

Il s'agit des tableaux de B1 à B10 et qui sont censé refléter l'activité des services médicaux et du plateau technique. Ce sont ces données qui nous permettront par la suite de calculer le prix de revient des différents actes pratiqués au niveau des services médicaux et médicaux-techniques.

➤ **Tableau B1 : activité des services d'hospitalisation et de consultation :** Ce tableau qui est établi par le bureau des entrées est la récapitulation des différents états statistiques que les services d'hospitalisation et de consultation lui transmettent mensuellement¹.

Tableau N°10 : activité des services d'hospitalisation et de consultation (B1)

<u>ETABLISSEMENT</u>		<u>TABLEAU B1</u>				
ACTIVITE DES SERVICES D'HOSPITALISATION ET DE CONSULTATION						
MOIS DE.....ANNEE.....						
Inscrire dans cette colonne les sections principales et auxiliaires ↓	NOMBRE DE LITS	NBR MALADES ADMIS	NBR JOURNEES D'HOSPITAL	NBR CONSULT EXTERNES	D.M.S (1)	T.O.M (2)
MEDECINE INTERNE						
PEDIATRIE						
.....						
TOTAL						
<p style="text-align: center;"><u>LE RESPONSABLE DU BUREAU DES ENTREES</u></p> <p>(1)Durée Moyenne de séjour (D.M.S =Nbre de J.H./ Nbre de Malades admis)</p> <p>(2)Taux d'Occupation moyen des lits (T.O.M=Nbr de J.H. réalisé/ Nbre de J.H. disponibles X 100)</p> <p>▪ Le Nbre de J.H. disponibles pour le mois = Nbr de lits X 30, pour l'année= Nbr de lits X 365)</p>						

Source : le guide méthodologique, 2001, page 21.

¹ibid, page 11.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

➤ Tableau B2, B3, B4 :

Ces tableaux représentent l'activité et de certaines sections principales à caractère particulier (hémodialyse, SAMU, Ergothérapie, Rééducation fonctionnelle)¹.

Tableau N°11 : Activité de l'hémodialyse (B2)

<u>ETABLISSEMENT</u>		<u>TABLEAU B2</u>
ACTIVITE DE L'HEMODIALYSE		
MOIS DE.....ANNEE.....		NBR DE GENERATEURS.....
	NBR DE SEANCES	OBSERVATION
DIALYSE ORDINAIRE		
DIALYSE PERTIONEALE		
TOTAL		

Source : le guide méthodologique, 2001, page 21.

Tableau N°12 : Activité du SAMU(B3)

<u>ETABLISSEMENT</u>		<u>TABLEAU B3</u>
ACTIVITE DU SAMU		
MOIS DE.....ANNEE		
	NBR D'INTERVENTIONS	OBSERVATION
SOINS A DOMICILE		
TRANSPORT MEDICALISES		
TOTAL		
<u>LE CHEF DE SERVICE</u>		

Source : le guide méthodologique, 2001, page 23.

Tableau N°13 : Activité de l'ergothérapie et de la rééducation fonctionnelle (B4)

<u>ETABLISSEMENT</u>						<u>TABLEAU B4</u>	
ACTIVITE DE L'ERGOTHERAPIE ET DE LA REEDUCATION FONCTIONNELLE							
MOIS DE .....ANNEE.....							
Inscrire dans cette ligne les sections principales et auxiliaires	ORTHOP EDIE	CARDIO LOGIE	NEUROL OGIE	PSYCHIA TRIE	.....	EXTERN ES	TOTAL
ERGO THERAPIE							
REEDUCATI ON FONCTIONN							
TOTAL							
<u>LE CHEF DE SERVICE</u> <u>ERGO</u>				<u>LE CHEF DE SERVICE</u> <u>REED.FONC</u>			

Source : guide méthodologique 2011, page 23.

¹ Ibid, page 11.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Les Tableaux B5, B6, B7, B8, B9 représentent l'activité du laboratoire, de la radiologie, du bloc opératoire, de la stomatologie et de l'exploration fonctionnelle.

Tableau N°14 : Activité du laboratoire (B5)

<u>ETABLISSEMENT</u>							<u>TABLEAU B5</u>			
ACTIVITE DU LABORATOIRE										
MOIS DE : ANNEE										
Inscrire dans cette colonne les sections principale et auxiliaire	MED.INTER		PEDIATRIE			EXTERNES		TOTAL	
	Nbr exam	Nbr De B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr De B	Nbr exam	Nbr De B	Nbr exam	Nbr De B
GLYCEMIE										
TX CREAT										
.....										
TOTAL										
<u>LE CHEF DE SERVICE</u>										

Source : le guide méthodologique, 2001, page 23.

Tableau N°15 : Activité de l'imagerie (B6)

<u>ETABLISSEMENT</u>							<u>TABLEAU B6</u>			
ACTIVITE DE L'IMAGERIE										
MOIS DE : ANNEE										
Inscrire dans cette colonne les sections principale et auxiliaire	MED.INTER		PEDIATRIE			EXTERNES		TOTAL	
	Nbr exam	Nbr De B	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr De B	Nbr exam	Nbr De B	Nbr exam	Nbr De B
TELE THORAX										
RACHIS CERVIC										
SCANNER										
ECHOGRAPHIE										
.....										
TOTAL										
<u>LE CHEF DE SERVICE</u>										

Source : le guide méthodologique, 2001, page 23.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Tableau N°16 : Activité du bloc opératoire (B7)

ETABLISSEMENT							TABLEAU B7	
ACTIVITE DU BLOC OPERATOIRE								
MOIS DE		ANNEE.....						
Inscrire dans cette colonne les types d'interventions chirurgicales ↓	CHIRURGIE		PEDIATRE			TOTAL	
	Nombre D'interv	Nombre De K	Nombre D'interv	Nombre De K	Nombre D'interv	Nombre De K	Nombre D'interv	Nombre De K
ABLATION DU SEIN								
COLECYSTECTOMIE								
HYSTERECTOMIE								
.....								
TOTAL								
<u>LE CHEF DE SERVICE</u>								

Source : le guide méthodologique, 2001, page 24.

Tableau N° 17: Activité de stomatologie (B8)

ETABLISSEMENT			TABLEAU B8	
ACTIVITE DE STOMATOLOGIE				
MOIS DE		ANNEE.....		
Inscrire dans cette colonne les types d'interventions chirurgicales ↓	NOMBRE DE SEANCES		NOMBRE DE D	
EXTRACTION				
SOINS				
PROTHESES				
.....				
TOTAL				
<u>LE CHEF DE SERVICE</u>				

Source : le guide méthodologique, 2001, page 24.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Tableau N°18 : Activité du service d'exploitation fonctionnelle (B9)

ETABLISSEMENT.....		TABLEAU B9			
ACTIVITE DU SCE D'EXPLORATION FONCTIONNELLE					
MOIS DE.....		ANNEE.....			
Inscrire dans cette colonne les types d'examens d'exploration fonctionnelle ↓	MED.INTER	PEDIATRIE	EXTERNES	TOTAL
	Nombre examens	Nombre examens	Nombre examens	Nombre examens	Nombre examens
FIBROSCOPIE					
ENDOSCOPIE					
E.C.G					
E.E.G					
.....					
TOTAL					
<u>LE CHEF DE SERVICE</u>					

Source : le guide méthodologique, 2001, page 25.

➤ **Activité du plateau Technique :**

Le tableau B10 est la récapitulation des tableaux B5 à B9 représentant respectivement l'activité du laboratoire, de la radiologie, du bloc opératoire, de la stomatologie et de l'exploration fonctionnelle. Les labos, les radios les blocs opératoires et les services d'exploration fonctionnelle travaillant pour le compte d'une seule section principale sont considérés comme partie intégrante de cette section. Leurs activités ne doivent pas figurer sur les tableaux que nous venons de citer car leurs charges ne peuvent être dissociées de celles de la section mère.

Il y a lieu de noter également que certaines unités du plateau technique produisent des biens (sang et dérivés pour les CTS par exemple) ou des services (examens de labo, scanner, cathé, etc....) au profit de malades hospitalisés dans d'autres établissements ou de malades externes.

Afin de ne pas fausser le coût des journées d'hospitalisation, et puisque les malades externes sont censés bénéficier de ces prestations suite à un passage en consultation externe, il y a lieu d'affecter les charges induites par ces malades à la section principale « consultation externe »¹.

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, page 12.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Tableau N°19 : Activité du plateau technique (B10)

<u>ETABLISSEMENT</u>		ACTIVITE DU PLATEAU TECHNIQUE									<u>TABLEAU B10</u>
MOIS DE											ANNEE
Inscrire dans cette colonne les sections principales ↓	LABO		RADIO		BLOC OP		EXPLOR FONC	REEDUC FONC	ERGO THERAP		
	Nbr exam	Nbr de B	Nbr exam	Nbr de R	Nbr Interv	Nbr de K	Nbr exam	Nbr séances	Nbr séances		
MED. INTER											
PEDIATRIE											
.....											
EXTERNES											
TOTAL											
<u>LE RESPONSABLE DU BUREAU DES ENTREES</u>											

Source : guide méthodologique 2001, page 25.

I-2-4 La répartition primaire des charges :

La répartition des charges se fait à la fin de chaque trimestre avec une récapitulation à la fin de l'année. C'est le coût annuel qui est le plus proche de la réalité car il tient compte de la totalité des charges. Il est à préciser que l'année se termine le 31 décembre, il ne faut donc pas tenir compte de la période complémentaire qui va jusqu'au 31 mars, car le calcul des coûts se fait sur la base des consommations réelles et non des paiements.

Le Tableau C1 résume l'étape de la Répartition primaire des charges

Il s'agit de renseigner le tableau C1 qui est un tableau à double entrée servant à l'analyse des charges par section, qu'elle soit auxiliaire ou principale. Pour ce faire, il suffit de reporter les montants des tableaux du CANEVAS. A dans les cases correspondantes du tableau C1.

Le montant global des charges communes (tableau A9) doit être réparti entre les différentes sections « au dinar le dinar » (voir explication au chapitre de la répartition secondaire ci-dessous)¹.

¹ Ibid, page 12.

I-2-5 La répartition secondaire des charges :

Tableau C2 récapitule la Répartition secondaire des charges

Il s'agit de renseigner le tableau C2 en procédant à la répartition du total des charges de chacune des sections auxiliaires sur l'ensemble des sections principales par le biais des clés de répartition figurant au tableau C4.

Cela nécessite au préalable le calcul du coût des unités d'œuvres de chacune des sections auxiliaires à caractère médical. Celui-ci est obtenu en divisant le coût total des charges de la section auxiliaire par le nombre d'unités d'œuvre réalisées.

La part du total des charges d'une section auxiliaire qui revient à une section principale est obtenue en multipliant le nombre d'unités d'œuvre consommées par cette section principale par le coût de l'unité d'œuvre. Les charges des malades externes doivent être affectées à la section principale « consultation externe ».

Pour ce qui est des sections auxiliaires à caractère général, la répartition de leurs charges entre les différentes sections principales se fait « au dinar le dinar ». Cette clé de répartition signifie que la part des charges d'une section auxiliaire qui revient à une section principale est équivalente au pourcentage de cette section principale par rapport à la somme des charges des sections principales.

Pour obtenir cette part il faut :

- Calculer la somme des charges de l'ensemble des sections principales (voir tableau C1).
- Calculer le pourcentage de chaque section principale par rapport à cette somme (voir la dernière ligne du tableau C1).
- Affecter à chaque section principale un pourcentage des charges de la section auxiliaire équivalent à son propre pourcentage par rapport à la somme évoquée au point(a).

Cette clé de répartition ne peut déterminer avec exactitude les parts des différentes sections, mais ceci a peu d'importance car toutes les clés de répartition sont discutables et comportent une marge d'erreur. A ce stade de la méthode la priorité a été donnée à la simplicité et non à l'exactitude¹.

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, page 13.

Tableau N°21 : Répartition secondaire des charges (C2)

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES															
SECTION AUXILIAIRES												SECTION PRINCIPALES			
ETABLISSEMENT	PREMIER TRIMESTRE	BLOC OPER	IMAGE RIE	LABO RATOIRE	EXPLOR FONC	SEMPEP	ERGO THERAP	REED FONC	ADM I NIST R	SCES ECO	SCES SOC	PEDIA TRIE	MED INTERN	.....
		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	A	(2)		
TOTAL REPARTITION PRIMAIRE															
BLOC OPERATOIRE + (1)															
IMAGERIE			+												
LABORATOIRE				+											
EXPLOR. FONCTIONN					+										
SEMPEP						+									
ERGOTHERAPIE							+								
REED. FONCTIONNELLE								+							
ADMINISTRATION									+						
SCES ECONOMIQ										+					
SCES SOCIAUX											+				
TOTAL REPARTITION SECONDAIRE												B			
TOTAL GENERAL												A+B			
UNITE D'OEUVRE	K	R	B	EXAMEN	..	Séance	Séance	..	..	..	..	JH	JH	..	
NOMBRE D'U, O												C			
COUT U, O												D	(3)		

(1) Porter le total des charges section auxiliaire dans les cases correspondante (+)

(2) Porter la part du total des charges de la section auxiliaire qui revient à la section principale

(3) Le cout d'une unité d'oeuvre est calculé selon la formule suivante : $D = A + B / C$

Source : le guide méthodologique, 2001, page 28.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Le Tableau C3 est consacré à la récapitulation de la répartition primaire et secondaire.

Ce tableau reprend les données des tableaux C2 et C3 et pourra servir de tableau de bord au gestionnaire car il lui permet de suivre l'évolution des dépenses par catégorie ainsi que celle du coût des unités d'œuvre pour chaque spécialité.

Le tableau C4 détermine les clés de répartition des différentes charges indirectes entre les sections principales¹.

Tableau N°23 : les clés de répartition (C4)

SECTION AUXILIAIRE	CLE DE REPARTITION
BLOC OPERATOIRE	Le nombre de K
IMAGERIE	Le nombre de R
LABORATOIRE	Le nombre de B
EXPLORATION FONCTIONNELLE	Le nombre d'examens
S E M E P	Le dinar
ERGO THERAPIE	Le nombre de séances
REEDUCATION FOCTIONNELLE	Le nombre de séances
ADMINISTRATION	Le dinar
SERVICES ECONOMIQUES	Le dinar
SERVICES SOCIAUX	Le dinar

Source : le guide méthodologique, 2001, page 30.

¹ Ibid, page 13.

I-3 Les apports et les Limites de la méthode de section homogène :

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

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

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

I-3-1 Apports de la méthode de section homogène :

I-3-1-1 Intégrer ce système selon différents niveaux de complexité :

Un des avantages de cette méthode est qu'il est possible d'utiliser cette dernière selon différents niveau d'intégration dans la gestion des coûts. Plus précisément, selon l'importance des coûts des différentes activités dans l'organisation, il serait possible de gérer la précision des centres d'analyses dans l'évaluation de l'affectation des coûts. Ce qui veut donc dire, pour les activités qui engendrent des dépenses importantes, l'affectation des coûts avec cette méthode serait intégrée de façon très précise. Par contre, pour ce qui est des activités qui semblent mieux gérer et qui consomme peu de coûts l'intégration du modèle serait faite de façon plus globale¹.

¹ Northcott et Llewelly (2002).Challenges in costing health care service: Recent evidence from the UK , International journal of public sector Management ,P 188.

I-3-1-2 Identification de l'objet de coût :

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

I-3-1-3 La stratégie de l'organisation :

En ayant une idée plus précise des coûts consommés par les ressources de l'entreprise, il est possible d'utiliser les outils de gestion de façon optimale. Ainsi, cette méthode permet d'établir la relation entre toutes les activités dans l'hôpital. Nous savons que l'objet de coût est la destination du patient et non la nature de l'activité. De ce fait, l'utilisation de cette méthode permettrait d'identifier les activités sans valeur ajoutée. Pour la stratégie de l'entreprise, Il serait donc possible pour les gestionnaires de minimiser l'importance de ces activités dans l'organisation pour maximiser l'orientation de la stratégie vers les activités qui génèrent de la valeur ajoutée¹.

I-3-2 Les limites de la méthode des Section homogènes dans les établissements hospitaliers :

I-3-2-1 limites liée à la gestion budgétaire :

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

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

Une comptabilité administrative (non de gestion) qui ne distingue pas clairement la nature des charges. Elle retrace les recettes et les dépenses par titres, chapitres et articles avec une confusion délibérée entre consommables et non consommables, entre achats et stocks, créances et dettes , les actifs fixes et actifs circulant².

¹ Ibid page 203

² SAID ARHAB, calcul des couts a l'hôpital, cread alger, 2011, page 07

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Cette confusion n'est pas de nature à faciliter l'imputation des charges de façon rationnelle et crédible, ce qui rend également difficile la prise de décision des gestionnaires. En effet la comptabilité administrative (publique) n'a aucune propriété de comptabilité de gestion (comptabilité à partie double basée sur le plan comptable national).

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

➤ **Au titre I (Traitements des personnels) :**

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

Il n'est pas aisé de déterminer la part de dépenses en traitement et salaire à imputer à chacune des sections correspondant à ces activités, il en est presque de même en ce qui concerne les salaires des paramédicaux, pourtant cette rubrique (dépenses de personnel) peut être considérée comme la plus aisée en matière d'imputation comptable car elle ne prête pas à confusion entre consommation et investissement, ce qui n'est pas le cas pour les autres exemples qui vont suivre¹.

➤ **Au titre II (Formation) :**

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

Si pour les premières rubriques liées aux frais l'imputation obéit aux mêmes règles que le titre précédent, il demeure que l'acquisition de matériel et mobilier relève de l'investissement².

¹ Ibid ,page 08.

² Ibid, page 09.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

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

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

Le titre (VI) matériel et équipements médicaux qui concernent en totalité les investissements proprement dit à l'hôpital, à ce niveau la méthode du calcul des coûts en vigueur à l'hôpital ne prévoit aucune procédure d'imputation fiable puisque la pratique de l'amortissement est inexistante.

➤ **Au titre VII (l'entretien des infrastructures) :**

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

Pour ce genre d'opération les factures sont établies généralement en fin d'exercice et souvent en période complémentaire (Janvier-Mars) leur prise en compte pour le calcul des coûts ne fera qu'aggraver ces derniers qui deviennent ininterprétables¹.

➤ **Au titre VIII (Dépenses de fonctionnement) :**

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

Total des charges directes de la section considérée / la somme des charges directes cumulées de toutes les sections².

¹ Ibid

² Ibid, page 10.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

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

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

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

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

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

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

En définitive la comptabilité publique (administrative), son nom l'indique n'est pas approprié pour la gestion proprement dite, elle ne précise pas la nature des charges en autorisant cette confusion entre consommables (fourniture) et non consommable (investissement), cette insuffisance ne peut que compliquer davantage l'approximation des coûts¹.

¹ Ibid

I-3-2-2 Limite liée au découpage analytique :

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

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

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

Ainsi toutes les charges afférentes à ces sections (auxiliaires) sont déversées en dernière instance pour la formation du coût de l'hospitalisation.

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

L'exigence de rationalité doit être en faveur d'un découpage qui permettrait un calcul du coûts des unités d'œuvre à tous les niveaux pour ne pas aggraver le coût de l'hospitalisation qui endosse une grande partie des charges qui ne le concerne pas¹.

I-3-2-3 Limite liée au système d'information comptable :

En effet la comptabilité publique ne procure pas une codification des comptes détaillées à l'image de la comptabilité de gestion (à partie double), on tente parfois de réaliser un reclassement des articles du budget en compte du Plan Comptable National cette procédure relève de l'initiative personnelle puisqu'il n'existe

¹ Ibid, page 11.

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

aucun document officiel qui autorise cette transformation, ce constat nous amène à affirmer la nécessité d'appliquer le PCN (Plan Comptable National) ¹.

I-3-2-4 Limite liée à la vocation et structure de l'EPS : (Etablissement Public de santé)

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

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

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

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

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

Mais pour une meilleure fonctionnalité du guide méthodologique il serait nécessaire de l'orienter pour s'adapter avec plus de précision à l'activité de ces établissements².

¹ Ibid, page 12.

² Ibid

Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogènes

Conclusion :

La contractualisation semble être un véritable stimulant pour développer davantage la méthode de calcul actuelle, à l'instar des entreprises soucieuses d'améliorer leur performance, l'hôpital se verra contraint de mettre en place un véritable système de comptabilité analytique de gestion, seul outil à même de maîtriser l'ensemble des charges de quelques natures qu'elles soient.

Il va sans dire que l'introduction du PCN (Plan Comptable National) est un préalable incontournable.

Dans cette perspective le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec le Ministère des Finances ont initié un projet d'informatisation du système de gestion budgétaire basé sur une Triple Comptabilité Hospitalière : le Projet dit des 03COH.

Chapitre II

Le calcul des coûts par le système triple comptabilité hospitalière

Introduction du Chapitre II :

Dans l'hôpital, il est difficile de trouver des repères, des outils à travers lesquels l'efficacité de celle-ci devient mesurable. Sans ces repères, la performance de l'organisation reste occulte et cette situation ne permet pas l'évaluation de l'ensemble, ni de chacun des représentants de l'organisation.

Or sans évaluation il n'y a pas d'évolution. Cette situation est rendue encore plus complexe du fait que l'éventail des parties concernées autour de l'hôpital est très large (tutelle, population, professions médicales, collectivités locales, fournisseurs, sociétés savantes, bailleurs de fonds- pour ne citer que les plus caractéristiques) et les indicateurs de réussite différents pour chaque acteur¹.

La gestion des établissements de santé n'est pas une tâche facile. Cela requiert beaucoup d'organisation et de contrôle sur les différents aspects et fonctions qui intègrent les tâches quotidiennes d'un hôpital.

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

Pour cela, il est essentiel de compter sur un logiciel hospitalier avec lequel les établissements de santé peuvent améliorer l'attention aux patients, augmenter la productivité et l'efficacité de l'hôpital et réduire le temps et les coûts des activités journalières a travers la mise en place d'un projet de gestion des établissements de santé.

En ce qui concerne ce premier chapitre, nous allons aborder le calcul des coûts dans les établissements de santé en Algérie selon le système triple comptabilité hospitalière, ce dernier sera devisé en trois sections ; la première est consacré pour présenté L'historique et l'aperçue générale sur le système triple comptabilité hospitalière, la deuxième pour L'organisation du système de triple comptabilité hospitalière et enfin le fonctionnement du système de triple comptabilité hospitalière.

¹ <http://www.mf-dgc.gov.dz/?page=projet-details&IDProj=8>

II-1 Historique et aperçu général sur le système de triple comptabilité hospitalière :

Dans cette présente section nous avons présenté l'historique de système triple comptabilité hospitalière et un aperçu général de ce dernier.

II-1-1 Historique générale sur le système triple comptabilité hospitalière :

Le Ministère des Finances a été chargé au cours de la réunion du Conseil Inter - Ministérielle du 21 octobre 2008 de mettre en place, en relation avec le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, un système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers¹.

Ce système a été Inspiré du Système Comptable Financier (SCF, loi no 07 du 25/11/2007), le système comptable des hôpitaux a été spécifiquement développé pour les besoins des établissements hospitaliers Algériens², conformément à l'accord de Monsieur le Premier Ministre ce projet aura **un coût global de 210.610.000 DA dont 198.610.000 DA** inscrit à l'indicatif du Ministère des Finances.

En effet ce système est mis au point par, un consultant Algérien de renommée internationale Nadhir Belbahri. Il tient compte des réalités nationales, il implique la communication et le transfert de données en cas d'urgence et le tout est calculé au plus près.

Pour la réalisation de ce projet le MSPRH en accord avec le ministère des finances à fait appel à une équipe de projet composée du cabinet de l'expert comptable Djamel DJERAD et du bureau PRESENCES International ce groupe d'experts a été choisi en raison de l'expérience acquise dans le domaine des EPA et notamment des établissements hospitaliers à l'occasion des travaux qu'ils ont eu pour le compte du Ministère des Finances et qui ont abouti à l'élaboration d'un projet de Plan Comptable des EPA adossé à un logiciel informatique³.

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

¹ <http://www.mf-dgc.gov.dz>

² PRÉSENCES INTERNATIONALE, Manuel de comptabilité hospitalière septembre 2013

³ Op-cit, <http://www.mf-dgc.gov.dz>

Chapitre II : Le calcul des coûts par le système triple comptabilité hospitalière

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

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

➤ **Première étape :**

- l'implantation et la validation des systèmes dans les 13 sites pilotes :

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

CHU Blida ;

CHU Oran CHU Mustapha ;

CHU Bab-El-Oued ;

CHU de Batna ;

CHU Beni-Messous ;

CHU Sidi-Bel-Abbès;

EH Koléa ;

EH Skikda;

EH Bologhine ;

EHS Drid Hocine ;

EHS Dr Maouche ;

EHU Oran ;

EPSP Sétif.

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

- L'étude diagnostic consiste à :

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

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

Faire l'inventaire des outils (manuels de procédures, fiches de saisie, logiciels, ...) de la comptabilité analytique hospitalière¹.

¹ <http://www.mf-dgc.gov.dz>

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

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

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

➤ **Deuxième étape :**

-Le déploiement sur l'ensemble des sites :

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

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

Face à un projet qui amène un changement majeur en incitant au travail collaboratif, au partage et à la rigueur dans le travail, la définition précise des missions des membres de l'équipe de projet vise à la fois à conforter chacun dans son rôle et à éviter la dilution des responsabilités¹.

La mise en place d'un système de gestion à « triple » comptabilité au sein des établissements hospitaliers est certes un défi de taille, mais elle devient une nécessité pour une saine gestion : maîtrise des budgets, suivi du patrimoine et gestion des coûts. Sa gestion ne peut être envisagée sans le recours à l'outil informatique au moyen d'un SIG (système intégré de gestion) qui permet, à partir d'une saisie unique, d'alimenter les trois sous-systèmes de comptabilité. Tel est le sens du système « 3COH »².

¹ <http://www.mf-dgc.gov.dz>

² Ibid

II-1-2 Aperçu général sur le système de triple comptabilité Hospitalière :

II-1-2-1 Présentation du système de triple comptabilité hospitalière :

Le système informatisé de comptabilité de gestion est mis en place, au niveau des gestionnaires des Etablissements publics de santé, au moyen d'un système basé sur la gestion en temps réel de l'Etablissement et la circulation de l'information¹.

II-1-2-1-1 Présentation des trois comptabilités :

Le système informatisé de comptabilité de gestion triple comporte trois (3) comptabilités une comptabilité générale, budgétaire, analytique :

➤ **La comptabilité générale** : qui respectant les règles d'une comptabilité d'exercice et permettant, notamment, d'avoir une connaissance précise de la valeur et de la variation du patrimoine de l'Etablissement public de santé.

➤ **La comptabilité budgétaire** : qui retrace l'exécution des dépenses budgétaires, au moment elles sont payées et l'exécution des recettes, au moment elles sont encaissées.

➤ **La comptabilité analytique** : qui permet de calculer les différents coûts des prestations fournies à différents niveaux au sein de l'Etablissement public de santé.

II-1-2-1-2 L'intégration des trois comptabilités :

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

La mise en place d'un tel système ne peut être envisagée sans le recours à l'outil Informatique au moyen d'un PGI (progiciel de gestion intégrée) qui permet, à partir d'une saisie Unique, d'alimenter les trois sous-systèmes de comptabilité. Tel est le sens du système 3COH².

¹Arrêté interministériel du 6 Moharram 1436 correspondant au 30 octobre 2014 fixant les modalités d'application du système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements publics de santé ainsi que la liste des établissements concernés par la mise en œuvre de ce système, page 28.

² Ibid.

➤ **le système intégré de gestion** : le SIG est un système qui intègre la principale composante fonctionnelle de l'établissement il est en outre un système cohérent de procédures, de règles de gestion, d'outils, notamment informatiques, et de **comportements humains** qui permettent à l'ensemble des acteurs d'un établissement d'alimenter en temps réel , d'exploiter et de faire évoluer une base de données unique¹.

II-1-2-2 Le système 3COH :

Le système de triple comptabilité hospitalière est basé sur l'utilisation du logiciel de gestion intégré « 3COH ». Ce dernier vise à prendre en charge la presque totalité des fonctions de gestion de l'établissement hospitalier :

- Gestion des achats et de la relation fournisseurs, le suivi des marchés ;
- la gestion de la relation avec les services médicaux et les clients externes ;
- Gestion des stocks : le suivi en temps réel des stocks achetés ou fabriqués ;
- Gestion des immobilisations : équipement et mobilier de bureau, terrains et bâtiments, infrastructures, matériel médical, matériel roulant ;
- Système de facturation: la consommation et la facturation des prestations ;
- Gestion des consommations : produits pharmaceutiques, produits alimentaires, produits d'entretien, fournitures de bureau, petit outillage, carburants, lubrifiants et pièces de rechange, lingerie et literie ;
- Suivi budgétaire : le suivi du budget d'exploitation ;
- Gestion de la trésorerie ;
- Comptabilité générale ;
- Comptabilité analytique : la détermination des coûts des prestations ;
- la gestion comptable et financière, états financiers ²;

¹ : Dictionnaire français decos encorta, 2009

² PRÉSENCES INTERNATIONALE, Guide de l'utilisateur « projet 3coh » février 2010

- Tableaux de bord, la production de tableaux de synthèse et d'indicateurs de gestion¹.

II-1-2-2-1 la mission du système 3COH :

Le système de comptabilité de gestion vise à :

- Instauration de nouveaux modes de fonctionnement en matière de comptabilité d'un établissement public ;
- L'assemblage de toutes les informations ;
- L'accès à l'information à tout moment par les usagers ;
- La contribution à la valorisation du patrimoine ;
- Une meilleure gestion de l'hôpital ;
- Une meilleure appréhension de la réalité de l'activité annuelle en termes de recettes et de dépenses ;
- Une connaissance des coûts des activités².

II-1-2-2-2 les modalités de la mise en œuvre du système de 3COH :

❖ La formation :

a) définition de la formation :

Afin de mettre en œuvre le système de triple comptabilité (3COH), une formation des personnels concernés est mise en place. Un ambitieux plan de formation concernant près d'un millier de personnes (informaticiens, comptables, gestionnaires) est en cours de réalisation : comptabilité, informatique, gestion.

La formation sera dispensée par groupe d'établissements par wilaya et s'adressera aux représentants des DSP et des Directions des établissements de santé ainsi qu'aux personnels des établissements chargés de l'exploitation du système 3Coh. La prise en charge des moyens logistiques (salles de formation, pause-café restauration, ...) devant être assurée par la DSP concernée³.

¹ <http://www.sante.dz/dsp10/presentation-4.html>

² www.3coh.dz

³ www.ipresences.com

Cette formation est dispensée dans 5 sites : Alger, Batna, Sétif, Constantine et Oran. En Plus des séances de formation, plusieurs regroupements régionaux ont été tenus.

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

b) Les objectifs de la formation :

Les objectifs principaux de la formation sont:

- L'introduction aux concepts de base de la gestion intégrée;
- Le rappel des principes, objectifs et méthodes des trois comptabilités et leurs Interactions (générale, budgétaire et analytique);
- La réalisation de processus d'importation de la situation de départ;
- L'exploitation des principales fonctionnalités du logiciel 3COH;
- La planification de processus d'implantation du système dans leur établissement¹.

c) Les concernés par la formation :

La formation de base dure cinq (5) jours. Toutes les personnes impliquées de façon directe ou indirecte dans la gestion d'un établissement hospitalier sont concernées par la formation.

Cependant, compte tenu du nombre trop important de personnes dans le réseau, la formation est Limitée - dans un premier temps - à trois (3) personnes par établissement.

Chaque établissement doit désigner :

- Un gestionnaire;
- Un comptable;
- Un informaticien.

Ces personnes vont assurer le rôle de formateur dans leur établissement².

¹ Ibid

² www.ipresences.com

d) Résultats attendus de la formation :

A la fin de leur formation, les trois personnes désignées constitueront, au sein de leur Établissement, le groupe de projet. Ils devront notamment :

- Expliquer les objectifs du projet à l'ensemble des utilisateurs;
- Participer à la réunion de coordination quotidienne qu'animerait le Directeur de L'établissement;
- Assurer la formation des utilisateurs;
- Définir avec précision les tâches (saisie, contrôle, validation, coordination) de chacun;
- Superviser le travail de collecte des données;
- S'assurer, avec les services concernés, de la fiabilité des données collectées;
- Superviser le travail de saisie des données au moyen de 3COH;
- Veiller à la sécurisation du système;
- Transmettre à PRESENCES tout problème qui pourrait surgir dans le cadre de la mise en place du système
- Veiller à consulter régulièrement le site PRESENCES;
- Contacter PRESENCES, le formateur affecté à l'établissement ou un site pilote en cas de nécessité;
- Inviter chacun à utiliser le forum 3COH¹.

II-1-2-2-3 l'apport de système 3COH:

La mise en œuvre du système 3COH est envisagée pour plusieurs avantages, notamment dans le but d'une gestion très pertinente de l'hôpital et de faciliter l'intégration du système de santé à la tarification à l'activité ; le 3COH est le premier pas pour l'application adéquate de la T2A.

Le système 3COH permet des liaisons entre l'ensemble des services de l'hôpital, c'est-à-dire la simplification et la rapidité dans l'échange des informations entre ces services grâce à l'installation du logiciel 3COH².

¹ www.ipresences.com

² Ibid.

Au-delà de la dimension technique de la mise en œuvre d'un système de comptabilité de gestion, ce projet introduira au sein des établissements concernés un nouveau mode de gestion basé sur des paramètres tels que :

- La gestion en temps réel;
- Le travail collaboratif;
- La circulation de l'information;
- La rigueur dans la gestion de l'information;
- La gestion transparente¹.

II-2 l'organisation du système de triple comptabilité hospitalière :

L'introduction du système 3COH dans les établissements hospitaliers Algériens vise à prendre en charge de façon intégrée la presque totalité des fonctions de gestion de ce dernier.

C'est un système qui est conçu sous la forme d'un PGI (progiciel de gestion intégré), le logiciel assure la gestion d'une base de données unique, accessible à tous les usagers munis des habilitations (code d'accès et profil usager) nécessaires.

Organisé sous la forme d'un ensemble de modules **auxiliaires** où elles sont enregistrées dans des **journaux** spécialisés (journal des entrées en stock de médicaments, journal des factures d'achat de fournitures de bureau, journal des acquisitions de biens immobilisés, ...).

En général, ces transactions sont accompagnées de leur **distribution comptable** qui est leur traduction comptable en termes de débits et de crédits de comptes, ce que lui permet la saisie, en temps réel, des mouvements qui affectent le système d'information de l'hôpital. Structurées de façon homogène, les données fiables nécessaires à la prise de décision sont disponibles au moment utile à tous les niveaux de la gestion hospitalière.

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

¹ www.ipresences.com

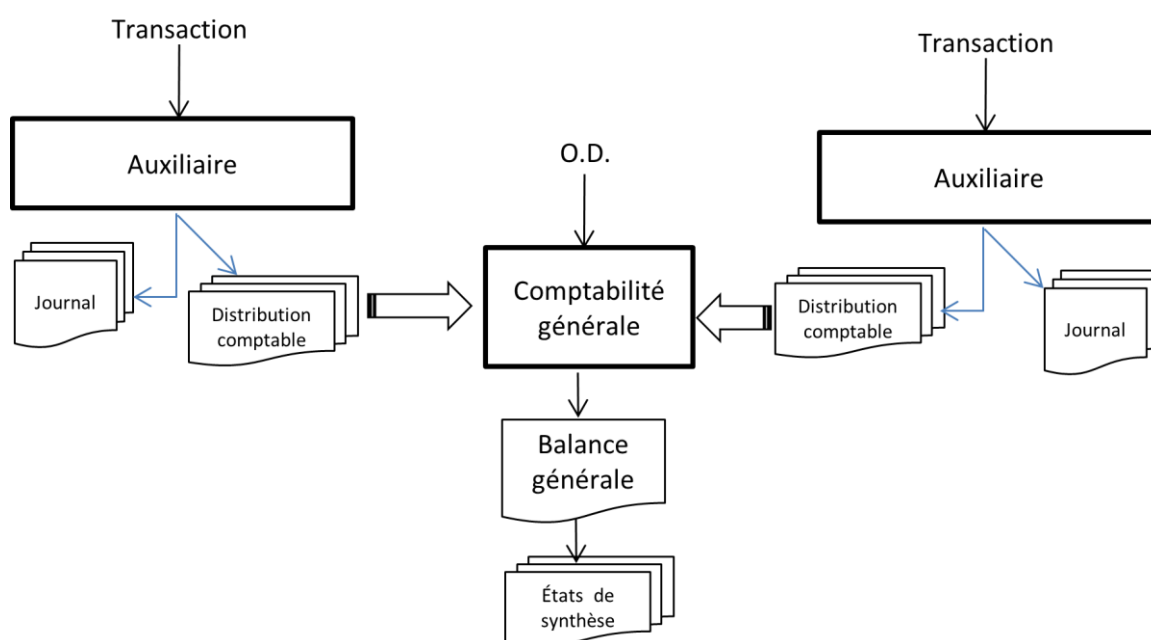
Chapitre II : Le calcul des coûts par le système triple comptabilité hospitalière

Sous la responsabilité du gestionnaire du système d'information (GSI), la base de données est dotée de tous les mécanismes de sécurité, afin de maintenir cohérence et fiabilité aux données qu'elle renferme.

Le logiciel 3COH est fourni avec un ensemble de fonctions utilitaires regroupées dans un module spécifique appelé **UMS** (exécutable `_3COH_UMS.EXE`) pour « Utilitaires de maintenance du système ».

Cet outil, mis à la disposition de l'équipe de projet 3COH, n'est pas accessible aux usagers « ordinaires » du système. Compte tenu de ses fonctions spécifiques, il doit être rangé dans un espace sécurisé inaccessible à ces derniers¹

Figure N°01 : Organisation des transactions leurs distributions comptable



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

¹ PRÉSENCES INTERNATIONAL, Projet 3COH ; Manuel de comptabilité hospitalière page 06.

II-2-1 La Présentation des Notions de base :

L'univers 3COH est basé sur quelques notions importantes qu'il faut bien maîtriser pour en devenir un utilisateur averti.

Il s'agit notamment de celles :

II-2-1-1 L'Usager :

Un usager est une personne ou un groupe de personnes ayant un numéro unique, un nom et un mot de passe et dûment autorisé à utiliser le système 3COH. La fonction « Usagers » permet d'assurer la gestion du fichier de ces usagers.

Il est de la responsabilité du gestionnaire du système (GSI) d'information de l'hôpital de constituer et de tenir à jour la liste des usagers de 3COH. Pour ce faire, le GSI utilise les fonctionnalités du module _3COH_UMS. A la création d'un usager, le DSI attribue à celui-ci la liste des modules qu'il peut exécuter. C'est-à-dire que l'utilisateur pourra uniquement consulter les données gérées par le ou les modules auxquels il a accès. Il ne pourra en aucun cas les modifier, en saisissant une transaction par exemple.

Par ailleurs, un usager est caractérisé par son horaire d'utilisation de 3COH : en dehors de cet horaire, cet usager ne pourra accéder au logiciel et dans le Profil usager on peut trouver :

II-2-1-1-1 Gestion des droits d'accès :

En plus de son nom, de son mot de passe et de la liste des modules auxquels il a accès, chaque usager est doté d'un profil usager. Ce profil détermine les ressources (journaux, magasins, familles d'articles de stock ou de biens, catégories de clients et de fournisseurs, ...) auxquelles l'usager peut accéder. A titre d'exemple, le responsable du magasin de produits alimentaires n'aura pas accès au magasin de produits pharmaceutiques, ni au journal de paye¹.

¹ PRÉSENCES INTERNATIONAL, Système 3COH; Maintenance du système, septembre 2012, page 09.

Fondamentalement, le profil limite l'accès à certaines sections de la base de données commune de l'établissement gérée par 3COH. La gestion des profils est assurée au moyen d'options disponibles dans le module paramètres du système.

Cette option permet de définir et/ou de modifier les privilèges d'accès accordés à un usager. En effet, un usager n'a pas nécessairement accès à toutes les ressources gérées par le logiciel. L'administrateur du système peut choisir :

- a) Le ou les dossiers auxquels peut accéder l'utilisateur
- b) Le ou les modules que cet usager peut exécuter. Tel usager pourra par exemple accéder au module achats, mais pas au module budget pour un dossier spécifique. Tel autre usager pourra accéder à l'ensemble des modules pour un dossier, mais sans aucune possibilité de saisie de données.
- c) Le numéro de profil de cet usager. Les profils sont définis dans le module paramètres du système 3COH.

L'accès système permet à l'utilisateur d'exécuter les fonctions du module paramètres.

Le mode d'accès le moins permissif est le mode « Consultation ». Il interdit à son usager toute forme de modification des données ; les opérations de « Saisie », « Mise à jour » et « Suppression » ne sont pas autorisées. A l'autre extrême, le mode système autorise tous les accès.

Un usager peut avoir l'accès en mode « Validation » ; cela signifie qu'il peut valider les saisies effectuées par un autre usager qui dispose du mode « Saisie », mais qu'il ne peut effectuer aucune saisie lui-même.

Pour attribuer ou modifier les droits d'accès d'un usager, il faut sélectionner le dossier, puis garnir les différents attributs relatifs à ces droits au moyen des boutons¹.

¹ Ibid. Page 10.

II-2-2 Fonction et caractéristiques de base :

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

- La prise en charge du système de comptabilité générale de l'établissement : gestion du plan comptable, saisie des écritures, production des documents de base tels que la balance générale, le grand livre, le journal général et même les états financiers (bilan, compte de résultat, tableau des flux de trésorerie, ...)
- Le traitement des opérations d'achat et d'approvisionnements : gestion des dossiers des fournisseurs, gestion et suivi des marchés et des conventions, émission et gestion des bons de commandes, enregistrement et comptabilisation des bons de réceptions, traitement des factures d'achat, engagements et liquidations budgétaires...etc.
- Le suivi des consommations des biens et services stockés : prise en compte des demandes des services, livraisons aux services (livraisons ponctuelles, livraisons sur dotations, livraisons sur ordonnances avec identification du malade), livraison aux tiers autres que les services, suivi des consommations par service, par tiers, par article, par familles d'articles, par DCI (médicaments), ...
- Gestion complète de tous les types de stocks : médicaments, produits d'alimentation, produits d'entretien, pièces de rechange, consommables, Traitement des divers mouvements d'entrées, de sorties, de réintégration, de régularisation, ... avec comptabilisation par la génération automatique des écritures comptables ;
- La gestion du patrimoine immobilisé : acquisitions, amortissements, réformes, cessions,....
- Suivi par famille et par localisation. Calcul automatique des amortissements avec ventilation automatique des charges d'amortissement par service ;
- Système de facturation au comptant et à terme ;
- Suivi de la trésorerie avec respect de la séparation des fonctions de l'ordonnateur et de celles du receveur ;
- Le calcul des coûts de revient des prestations fournies. A partir des valeurs extraites de la comptabilité générale (incluant les amortissements) et des données physiques

importées des, le système détermine le coût de revient des prestations livrées par l'établissement ;

- La production des états financiers mensuels et de divers indicateurs de gestion utiles au pilotage de l'établissement¹.

II-2-3 La composition du système :

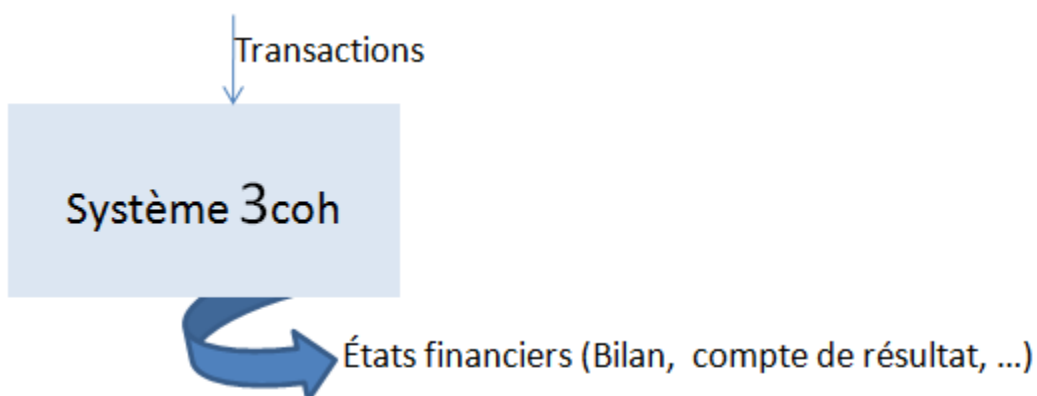
L'exploitation du système 3COH exige la maîtrise d'un certain nombre de concepts par l'utilisateur. Ceux-ci sont notamment définis dans la section paramètres du logiciel.

Afin de pouvoir utiliser ou exploiter de façon efficace le système 3COH, il est indispensable de bien comprendre les notions de base qui sont exposées dans les paragraphes qui suivent :

II-2-3-1 Les fonction du système 3COH :

La fonction de base du système est de produire des états financiers à partir de transactions saisies (ou importées d'un autre logiciel) par un usager dûment autorisé. Différentes définitions doivent être présentées².

Figure N°02 : Résultat d'une transaction



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

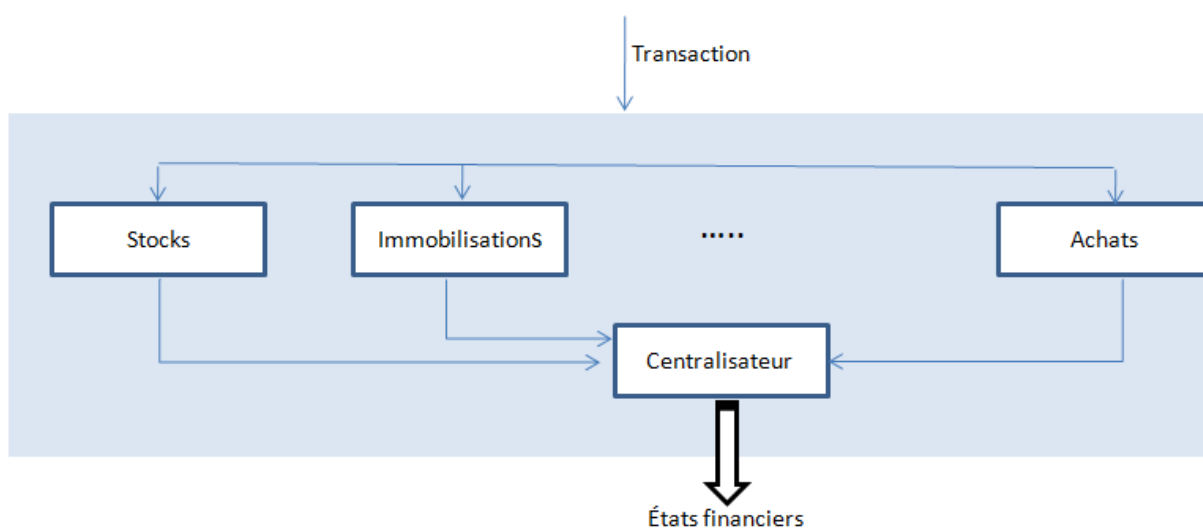
¹ PRÉSENCES INTERNATIONAL, Projet 3COH: Guide de l'utilisateur, février 2010, page08.

² Ibid. page09.

II-2-3-1-2 Notion de transaction et de module

Cette notion est des plus importantes du système 3COH. On peut définir un journal comme un « contenant » (ou un espace de rangement) de transactions de même nature dans lequel chaque transaction est identifiée par un numéro unique et par une date. Cette transaction peut être une facture émise ou reçue, un bon de commande, un bon de livraison ou de réception, le règlement d'un fournisseur, la constatation d'une charge salariale, etc¹.

Figure N°03 : Le processus d'une transaction.



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

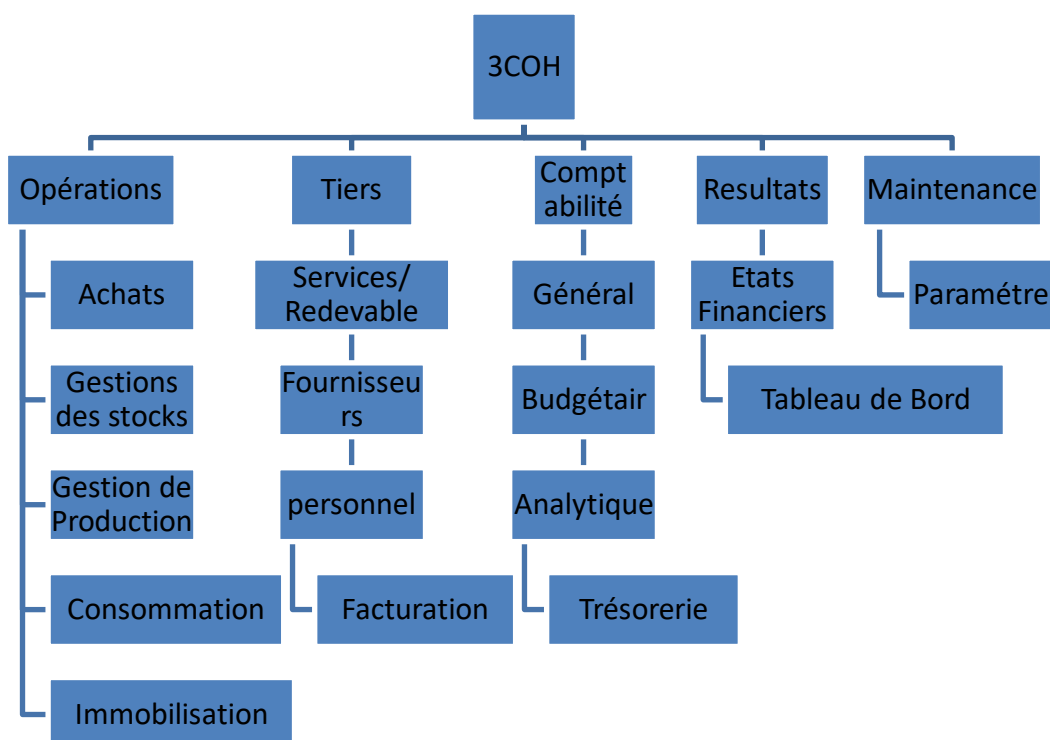
Source : Projet 3COH (2012) : « Guide de l'utilisateur », Algérie.

II-2-3-2 Présentation des modules :

Le système 3COH est composé d'une trentaine de modules. D'autres pourront éventuellement y être ajoutés dans le futur. La fonction « Gestion des modules » permet d'activer ou de désactiver un ou plusieurs modules. Chaque module du système 3COH a des sous famille, ces dernières peuvent être présentées dans la figure N°04

¹ Ibid. page10

Figure N°04 : Les modules du système 3COH.



Source : Fait par nous-mêmes, d'après le menu du logiciel 3COH 2012

II-2-3-3 Les rubriques principales (les familles) :

- **les Opérations** : En principe cette famille regroupe cinq (05) modules, elle permet d'enregistrer et de porter toutes les factures de l'établissement hospitalier, d'avoir des informations sur l'état des stocks, les immobilisations de l'hôpital et autres. Les modules disponibles dans cette famille sont : Achats, Gestion des stocks, gestion production, Consommation et immobilisations ;

- **Tiers** : C'est une famille qui a quatre (04) modules (Services/redevables, Fournisseurs, Personnel, Facturation). Au sien de cette famille, toutes les informations sur les clients, le personnel et les fournisseurs de l'hôpital sont enregistrées. Par exemple, on trouve un tableau qui indique l'ensemble des fournisseurs de l'hôpital, leurs noms, adresses, spécialités...etc. ;

- **Comptabilité** : Cette famille regroupe l'ensemble des comptabilités (Générale, Budgétaire, Analytique, Trésorerie). Dans ces modules, on importe des données dans les modules de la famille Opérations, puis en fait les enregistrements comptables nécessaires. Cette famille permet d'avoir à la fin les résultats des enregistrements et l'état de la

Chapitre II : Le calcul des coûts par le système triple comptabilité hospitalière

comptabilité hospitalière, et même des représentations graphiques des résultats pour une meilleure analyse ;

- **Résultats** : Dans cette rubrique le logiciel donne des informations sur l'état financiers et le tableau de bord de l'établissement, après avoir traité les données de la famille comptabilité. Elle donne au gestionnaire et au directeur de l'hôpital et aux intéressés l'ensemble des informations finales de la période traitée sur l'hôpital et sa gestion et toutes les fonctions et mouvements produits ou reçus par l'hôpital exemple le tableau de bord qui contient les indicateur de base suivant :

- ✓ Chiffre d'affaires ;
- ✓ Disponibilités ;
- ✓ Créances ;
- ✓ Dettes ;
- ✓ Stocks ;
- ✓ Ressources Humaines ;
- ✓ Patrimoine Immobilisé ;
- ✓ Suivi des achats ;
- ✓ Suivie des activités ;
- ✓ Naissances et décès ;
- ✓ Suivi budgétaires.

- **Maintenance** : Elle a un seul module, celui des paramètres. Mais ce module est le plus intéressant pour le bon fonctionnement du logiciel, car c'est dans cette famille qu'on doit introduire toutes les informations nécessaires au lancement du logiciel, et c'est la famille dont on peut modifier et ajouter de nouvelles données et informations¹.

¹PRÉSENCES INTERNATIONALE, Manuel de l'utilisateur ; Système de triple comptabilité hospitalière 3COH, 2012.page 35.

III-3 Le fonctionnement du système de triple comptabilité Hospitalière :

La mise en place d'un système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers vise à doter les hôpitaux Algériens d'un système homogène et intégré de comptabilité, comprenant à la fois une comptabilité patrimoniale (comptabilité générale), une comptabilité budgétaire et une comptabilité analytique.

Il s'agit de doter ces établissements d'un ensemble d'instruments logiciels, de procédures de travail et d'une organisation susceptibles de permettre leur gestion en temps réel, basée sur la rigueur grâce à l'accès à des informations fiables.

Le suivi strict du patrimoine humain est immobilisé, le contrôle budgétaire rigoureux, et la connaissance des coûts des prestations sont les trois principaux objectifs assignés au projet. Initié par le Conseil des ministres du mois d'août 2009.

La quasi totalité des établissements hospitaliers se sont dotés chacun d'un «centre de calcul», où, quotidiennement, se rencontrent les représentants des divers services pour saisir des données, extraire des résultats, apprendre les éléments de la gestion informatisée, poser des questions à des collègues, échanger avec d'autres établissements via Internet.

Le fait de regrouper les différents services dans ce centre favorisera le travail collaboratif et l'échange entre les acteurs. Il est fortement suggéré que cette salle soit proche du bureau du directeur de l'établissement¹.

III-3-1 L'installation du logiciel 3COH :

La première étape de la mise en exploitation du système est l'installation du logiciel et de son environnement sur l'équipement de l'établissement, serveur et postes de travail. Après l'installation du logiciel, une série des tâches doivent être réalisées : mise en place du système de gestion de la base de données, configuration des postes, définition des usagers qui sont faites dans une salle spécialement aménagée appelé centre de calcul².

III-3-2 Le paramétrage :

Une fois le système est installé il peut être exécuté mais il ne devient opérationnel que si nous réalisons un certain nombre d'opérations préliminaires qui constituent le « **paramétrage de base** ». On peut comprendre par « paramétrage » les différentes

¹ ELWATAN 18/06/11

² www.univ-bejaia.dz

opérations qui vous permettent d'ajuster le logiciel aux besoins spécifiques de votre établissement.

Après le paramétrage il faudra introduire la situation de départ pour pouvoir exécuter le système 3COH¹.

III-3-3 L'importation de la situation de départ :

L'utilisation du système 3COH ne peut être démarrée que si, au préalable, la « situation de départ » est enregistrée dans la base de données. L'importation des données se fait normalement **une seule fois** ; lors de la mise en place initiale du logiciel. Il est toutefois possible que l'on ait à importer des données après démarrage du système ; ce sera le cas du budget qui peut être importé chaque année. Par exemple, il est retenu de saisir toutes les opérations à partir du 1er janvier 200N, cette situation de départ sera celle du 31.12.200N-1, autrement dit, les données de gestion telles qu'arrêtées à la date de démarrage du système. Ces données sont constituées de :

- a) Fichiers de base : fournisseurs, laboratoires, employés, nomenclature des actes médicaux et paramédicaux, etc.
- b) La situation à la date de démarrage du système : État des stocks, état des immobilisations, état des dettes, etc.

Ces données sont rangées dans des feuilles EXCEL et doivent respecter un format bien précis.

Après avoir importé la situation de départ, la procédure suivante c'est la « clôture » de l'exercice 200N-1. Pour cela, il faudra au préalable classer les pièces justificatives (bons de commande, factures, bons de livraison, ordres de versement, décaissements, ...) par **ordre chronologique**. Cet ordre est important car le système vous obligera à respecter la chronologie des opérations, autrement dit, il ne sera pas possible de faire « marche arrière » : vous ne pouvez saisir une pièce datée d'une date D si vous avez au préalable saisi une pièce de même nature datée d'une date postérieure à D².

¹ www.sante.dz

² www.ipresences.com, Maintenance du Système 3COH

III-3-4 Présentation du mode de fonctionnement des trois comptabilités :

Le système de 3COH est un système homogène et intégré de comptabilité, comprenant à la fois une comptabilité générale, une comptabilité budgétaire et une comptabilité analytique, son principe fondamental est la bonne gestion de l'hôpital public, et une détermination réelle des coûts de l'activité hospitalière, pour une adaptation du système à la T2A.

La méthode d'intégration des trois comptabilités dans un système (que le système 3COH contient) permet de connaître le coût d'un processus et d'y accéder facilement.

Nous ferons l'accent dans cette section sur les modes de fonctionnements et les principes sur lesquels reposent les trois comptabilités (générale, analytique et budgétaire), ainsi que la complémentarité existante entre eux. Le système 3COH introduit les notions de ces comptabilités pour permettre aux usagers du système d'avoir l'ensemble des informations comptables et financières disponibles au sein de l'hôpital afin d'aider le gestionnaire à prendre ses décisions.

Par ces trois comptabilités, le système 3COH offre des indicateurs de décision plus pertinents, et une identification réelle des besoins de l'établissement, ainsi que la détermination convenable des coûts des activités en rendant la comptabilité analytique obligatoire.

III-3-4-1 La comptabilité générale :

La comptabilité est un système d'organisation des données financières, ou autrement dit une discipline pratique permettant de fournir de manière continue et en temps réel un état de la situation financière de l'entreprise. Elle est n'est pas seulement le reflet d'informations passées, elle constitue également la base d'une autre discipline : la comptabilité de gestion qu'est un véritable instrument d'analyse et un outil d'aide à la décision¹.

¹ Tricoh (2012) : « Plan comptable des hôpitaux », Algérie, Cité in www.site3coh.dz.

III-3-4-1-1 L'organisation de la comptabilité générale :

Les écritures comptables sont enregistrées dans un document appelé journal comptable. Tous les mouvements qui affectent le patrimoine ou le résultat de l'entreprise y sont consignés par opération et dans un ordre chronologique.

Ces écritures comptables sont passées selon le système dit « en partie double », passer une écriture en comptabilité revient à enregistrer au moins deux mouvements : un débit et un crédit conformément aux dispositions de l'article 5 du décret exécutif n° 91-313 du 7 Septembre 1913.

Toute écriture comptable doit être appuyée par un justificatif (on parle d'ailleurs de pièces justificatives comptables), et elle doit contenir au moins les informations suivantes ;

- La date de l'opération (en général, la date de la facture) ;
- La référence de justificatif de l'opération (numéro permettant d'identifier le document) ;
- le libellé de l'opération (description du flux) ;
- Les comptes mouvementés par l'opération (imputation comptable) ;
- Le montant de l'opération (valorisation du flux) ;
- Et le sens du flux (le débit s'il représente un emploi, le crédit s'il constitue une ressource).

Tout établissement hospitalier tient un livre journal et un livre d'inventaire¹.

➤ **Le livre journal:** on retrouve dans le livre journal tous les mouvements qui affectent le patrimoine de l'établissement hospitalier qui comptabilise toutes ses écritures dans le même journal comptable².

➤ **Dans le cadre d'un PCEPA** (Plan Comptable Et Plan Analytique) informatisé, des documents informatiques imprimés peuvent tenir lieu de livre journal; ces documents doivent être identifiés, numérotés et datés dès leur établissement par des moyens offrant

¹ Tricoh (2012) : « Plan comptable des hôpitaux »

² www.cmpta-facile-com

toute garantie en matière de preuve¹.

➤ **Le livre d'inventaire:** on y retrouve l'ensemble des éléments d'actifs et de passifs possédés par l'établissement hospitalier, le livre d'inventaire doit être suffisamment détaillé pour justifier le contenu de chacun des postes du bilan.

Le coût d'acquisition d'un actif est égal au prix d'achat résultant de l'accord des parties à la date de l'opération, majoré des droits de douanes et autres taxes fiscales non récupérables par l'établissement hospitalier auprès de l'Administration fiscale, ainsi que des frais accessoires externes directement attribuables pour obtenir le contrôle de l'actif et sa mise en état d'utilisation, les frais généraux administratifs et les frais engagés à l'occasion de la mise en exploitation d'un bien immobilisé pendant la période intérimaire entre la fin de son installation (date d'arrêt du cumul des coûts d'entrées) et son utilisation à capacité normale constituent des charges exclues du coût d'acquisition.

Le coût de production d'un bien ou d'un service est égal au coût d'acquisition des matières consommées et services utilisés pour cette production, augmenté des autres coûts engagés au cours des opérations de production, c'est à dire des charges directes et des charges indirectes qui peuvent être raisonnablement rattachées à la production du bien ou du service.

Lorsqu'il n'est pas possible de déterminer le coût d'acquisition ou de production par application des règles générales d'évaluation, les stocks sont évalués au coût d'acquisition ou de production des actifs équivalents constaté ou estimé à la date la plus proche de l'acquisition ou de la production.

III-3-4-1-2 L'apport de la comptabilité générale :

La comptabilité générale est une source d'information importante pour les gestionnaires de l'établissement hospitalier, elle fournit en général les informations de la situation financière en terme de charge et de produit, elle distingue plusieurs étapes dans les flux économiques.

¹ Melle MOULAI FAIROUZE, Melle ZEGGANE KARIMA Mémoire de MASTER en Sciences Economiques, option : Economie de la santé; « Contribution à l'étude de l'apport du nouveau système triple Comptabilité hospitalière sur les pratiques de contrôle de gestion en Algérie : Cas de l'EPH d'Akbou » page 21 et 22

Les opérations sont rattachées à un exercice selon leur date de naissance (livraison d'un bien, service fait), selon la réalité de la consommation (charge, amortissement), selon la date d'identification du risque (provision), les charges et produits dépendent directement des événements de l'année, elle présente un véritable outil de gestion¹.

➤ **Les comptes de bilan** : ou de situation, un compte de bilan est un emploi ou une ressource qui n'est mis à la disposition de l'établissement que de manière temporaire, cela signifie qu'ils seront susceptibles de disparaître à un horizon plus au moins lointain, les comptes de bilan vont alimenter le bilan comptable : il s'agit des comptes de la classe 1 la classe 5, appelés **comptes d'actifs** : argent en caisse, créances, stocks (médicaments, réactifs, produits d'entretien, consommables, pièces de rechange, ...), immobilisations (terrains, constructions, installations, matériel médical, mobilier de bureau, véhicules, ambulances,...) et **comptes de passif** : Emprunts, sommes dues aux fournisseurs divers, impôts à payer, effets à payer, ces deux comptes vont traduire les opérations qui affectent le patrimoine de l'établissement.

➤ **Les comptes de gestion** : un compte de gestion tient compte, quant à lui, d'un emploi ou d'une ressource définitive. Il peut s'agir d'un emploi qui sera consommé immédiatement. Ils sont globalement aux recettes et aux dépenses : salaires du personnel, consommation, biens stockés, primes d'assurances, loyer, impôts, frais financiers...ect, prestations de consultation, d'hospitalisation, de traitement médicaux. Les comptes de gestion vont nourrir le compte de résultat, tableau reprenant les comptes de la classe 6 (appelés charges) et les comptes de la classe 7 (appelés produits).

➤ **Les comptes de résultat** : il contient l'ensemble des charges et des produits de l'exercice comptable et permet d'apprécier les performances de l'établissement sur cette période, qui est caractérisée par le montant du résultat net.

A noter, que la comptabilité générale utilisée par le système 3COH est à la base du nouveau système comptable financier (SCF) suite à la loi 07.11 du 25 Novembre 2007².

III-3-4-2 La comptabilité analytique : La comptabilité analytique est une discipline particulière qui prend ses sources dans la comptabilité générale, elle permet de procéder au calcul de différents coûts (coûts complets, coûts partiels) et constitue, à ce titre, un véritable outil de gestion et de pilotage.

¹ Ibid page 23

² Ibid page 24

La comptabilité analytique est un mode de traitement de données financières ayant pour objectif d'expliquer les résultats financiers, elle permet également de déterminer les bases d'évaluation de certains éléments du bilan.

La comptabilité analytique dans le système 3COH utilise comme unité d'œuvre soit le coût de journée d'hospitalisation, soit l'activité chirurgicale...etc. Elle utilise comme unité de calcul les coûts de journée d'hospitalisation.

III-3-4-2-1 Objectifs et finalité de la comptabilité analytique :

La comptabilité analytique permet de piloter les établissements de santé avec efficacité, notamment en permettant au contrôle de gestion de fournir des informations prévisionnelles sur la base de résultats de la comptabilité analytique.

Les charges et les produits constatés en comptabilité analytique trouvent leur source en comptabilité générale, la comptabilité analytique hospitalière s'appuie donc sur les principes issus des normes comptables, afin de produire une information régulière et sincère.

Elle facilite l'élaboration des programmes d'exploitation et d'investissement de l'hôpital en permettant notamment une valorisation plus précise des éléments budgétaires¹.

III-3-4-2-2 Présentation de la comptabilité analytique en tant que système de gestion interne :

Le rôle de l'information comptable dans l'établissement hospitalier n'est pas à démontrer, Mais cette information peut prendre plusieurs formes et parvenir de différentes sources, selon les objectifs et les attentes des gestionnaires, bien que la comptabilité générale constitue un outil de gestion efficace, mais ses informations sont destinées à l'extérieur de l'établissement et de ce fait, elle ne peut renseigner les décideurs des conditions internes d'exploitation en vue de prendre des décisions, c'est là qu'intervient le rôle de la comptabilité analytique en tant qu'outil de Gestion orienté vers l'intérieur de l'entreprise et de ce fait, peut être considéré comme outil complémentaire mais nécessaire à la bonne gestion et d'aide à la prise de décision².

¹ Ibid

² Ibid page 25

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

III-3-4-2-3 Les critères de choix d'un modèle de comptabilité analytique :

La comptabilité analytique et plus généralement les analyses qui en découlent peuvent s'appliquer à divers périmètres et objets d'études de coûts dont l'articulation est fonction des objectifs fixés et des choix de modélisation retenus, Il convient surtout de rechercher l'adaptation optimale des différentes méthodes aux caractéristiques organisationnelles et aux objectifs de l'établissement hospitalier auxquelles elles s'appliquent.

Nous avons essayé, à l'aide du tableau suivant, de proposer des éléments de détermination du choix de la méthode en croisant les objectifs généraux de chaque méthode avec les buts éventuels poursuivis par l'hôpital.

Nous avons donc relevé certains éléments de contexte, en termes de critères stratégiques, économiques, financiers et de spécificités structurelles des structures hospitalières, susceptibles de contribuer à déterminer la méthode la mieux adaptée¹

¹ Mourad, Amalou (2009) : « *Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital : cas du CHU de Sétif* », Mémoire de Magister en Sciences Économiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009, p. 91

Tableau N°24 : Les critères de choix d'un modèle de comptabilité analytique

Objectifs Méthodes	Alimentation du système d'information		Aide à la prise de décision		Appui au contrôle interne	
	Connaissances des activités	Tarification	Optimisation	Décision	Préparation budgétaire	Suivi
Section homogènes	Xxx	Xxx				Xxx
Activity Based Casting (ABC)	Xxx	Xxx				Xxx
Coûts standards (écarts)		Xxx			Xxx	Xxx
Coûts partiels	Xxx		Xxx	Xxx	Xxx	Xxx

Source : Le ministère français de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire, «*Le contrôle de gestion dans les administrations de l'Etat*», Paris, 2002, P.103 cité in : www.fonction.publique.gouv.fr.

X : Méthode ne permettent pas ou peu d'atteindre l'objectif ;

XX : Méthode permettant d'atteindre partiellement l'objectif ;

XXX : Méthode permettant d'atteindre complètement l'objectif.

Il existe de très nombreuses méthodes permettant de calculer des coûts en comptabilité analytique (sections homogènes, méthode ABC, coûts partiels, coûts standard), le choix d'un modèle de comptabilité analytique est fondamental dans la mesure où il détermine les règles et options comptables appliquées pour le calcul des coûts. Il doit présenter un caractère pérenne.

D'après les critères de choix d'un modèle de la comptabilité analytique, et après examen des paramètres du logiciel 3COH et analyse des données du tableau de bord, on déduit que la méthode utilisée par le système est la méthode ABC¹.

¹ www.fonction.publique.gouv.fr

La méthode ABC permet de modéliser efficacement les relations entre les ressources, leurs modes de consommation et les objectifs de l'entreprise (Bouquin, 2006). Le principal ingrédient consiste à placer **l'activité** entre les centres de responsabilité et les objets de coût (produits, services, etc.), c'est cette chaîne d'activités (allusion à la chaîne de valeur de Porter) qui permet à l'entreprise d'être performante et de générer de la valeur, plusieurs concepts nouveaux apparaissent dans cette nouvelle méthode et doivent être explicités : **l'activité, le processus, l'inducteur et la causalité**.

La Comptabilité Analytique Hospitalière ne suffit pas au pilotage, en effet, elle permet de poser des diagnostics économiques, mais il est indispensable d'avoir recours à des tableaux de bord constitués d'indicateurs pour identifier les causes sous-jacentes, mener et suivre les actions nécessaires.

Afin de piloter un établissement hospitalier, il est donc important de pouvoir combiner la Comptabilité Analytique et les Tableaux de bord, cependant le pilotage comprend une autre dimension : l'anticipation.

La finalité du tableau de bord n'est pas l'établissement d'un document présentant le niveau atteint pour chacun des indicateurs définis par la méthode ABC.

III-3-4-3 La comptabilité analytique complément de la comptabilité budgétaire :

La comptabilité budgétaire et la comptabilité analytique sont des dispositifs utiles à la maîtrise d'une bonne organisation au sein de l'établissement.

La comptabilité budgétaire est un budget qui reprend les recettes et les dépenses prévisionnelles chiffrées d'un exercice comptable, donc la comptabilité budgétaire se base sur les futurs budgets, au contraire de la comptabilité analytique qui s'appuie sur les performances passées, l'un des objectifs majeurs de la comptabilité analytique est l'alimentation du système de gestion budgétaire.

Malheureusement, la comptabilité analytique dite « historique » n'est pas en mesure de fournir en temps voulu des données nécessaires à la comparaison à la fin de chaque période budgétaire, car il faut attendre que l'ensemble des coûts soit connu pour pouvoir dégager les résultats¹.

¹ Ibid

Pour surmonter ce handicap, il est indispensable aux gestionnaire de recourir à l'utilisation des standards, comme il est possible de détourner la difficulté en utilisant une comptabilité analytique « prévisionnelle », c'est-à-dire fondée sur des standards, cet outil est beaucoup plus approprié au contrôle de gestion, car il permet d'établir un lien efficace entre les budgets et le suivi des réalisations.

Fréquemment, l'activité de contrôle de gestion est assimilée voire réduite à cette seule notion de comptabilité analytique, or **gérer un établissement, c'est informer, expliquer, maîtriser mais aussi prévoir** ; le contrôle de gestion a pour mission de fournir aux décideurs tous les éléments pour une bonne prise de décision stratégique.

Le rôle de la comptabilité analytique est de fournir un diagnostic économique synthétique. Cependant elle ne permet pas de comprendre les mécanismes qui ont conduit à la situation économique qu'elle décrit.

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

Les fondements de la gestion budgétaire reposent sur une structure par centre de responsabilité.

En comptabilité analytique, on parle plutôt de sections homogènes, qui peuvent servir de moyen de contrôle de gestion en facilitant la recherche et la mise en cause des responsabilités¹.

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

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

¹ <http://www.axege.com/outils-pilotage-strategique/>

Chapitre II : Le calcul des coûts par le système triple comptabilité hospitalière

En résumé, nous pouvons constater qu'il existe une interdépendance entre les trois comptabilités dans le cadre du système de 3COH. En outre, ce dernier, par son mode informatisé, oblige la mise en œuvre successive des trois comptabilités.

Ainsi, l'enregistrement d'une facture d'achat, par exemple, n'est pas pris en considération dans l'état financière et le tableau de bord, si elle n'est pas enregistrée au préalable dans les étapes précédentes, c'est-à-dire dans la comptabilité générale, puis la comptabilité analytique et enfin dans la comptabilité budgétaire, cet enchaînement est dû au processus que chaque comptabilité prend en considération les résultats de la comptabilité précédente¹.

¹www.axege.com

Conclusion du chapitre II :

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

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

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

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

Ainsi, afin de connaître l'intérêt de mettre en place le logiciels 3COH dans le calcul des coûts de prise en charge des malades dans les établissements de santé 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 santé. A cet effet, on a choisi de faire cette étude de cas au niveau de l'établissement public hospitalier d'AZAZGA, afin de mieux comprendre les modalités et les principes de fonctionnement de ce système de gestion. C'est ce qui fera l'objet du chapitre III ci après.

Chapitre III

L'application du logiciel 3COH au
sein de l'EPH AZAZGA

Nous avons pu voir et présenter dans les chapitres précédents le cadre théorique et conceptuel de système triple comptabilité hospitalière dans les établissements publics de santé en Algérie, ainsi que son organisation et son fonctionnement.

Au cours du présent chapitre, nous allons se focaliser en particulier sur le système triple comptabilité hospitalière en Algérie. Nous avons choisi dans le cadre de ce travail l'établissement public hospitalier d'AZAZGA (EPH d'AZAZGA). L'étude menée au sein de l'EPH et plus exactement au niveau de centre de calcul des coûts de l'établissement, nous a permis de faire une confrontation avec la réalité de la pratique du logiciel 3COH au sein de ce dernier dont nous avons essayées de vérifier nos objectifs, de tirer les limites et les dysfonctionnements de l'étude, ainsi de répondre et de valider la problématique énoncée au départ.

Ce chapitre est structuré en 03 sections qui se découlent comme suit :

Section 01 : Présentation du cadre méthodologique de l'étude.

Section 02 : Evolution et mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière au sein de L'EPH d'AZAZGA.

Section 03 : L'application du système 3COH dans le calcul des coûts de prise en charge des malades au sein l'EPH d'AZAZGA.

III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude :

La présente section portera sur la présentation de cadre méthodologie de recherche. De ce fait nous allons faire un rappel sur la structure de notre travail et les objectifs, ainsi une présentation de l'étude qui sera basé sur l'EPH d'AZAZGA dont son organisation et ses effectifs...etc.

III-1-1 Méthodologie de recherche :

Pour mieux appréhender et expliquer l'intérêt de mettre en place le système de triple comptabilité hospitalière basé sur le logiciel « 3COH » dans le calcul et l'analyse des coûts au niveau des établissements de santé en Algérie, nous avons utilisé la méthode qualitative de recueil et d'analyse des données. Ce dernier est défini comme : «*La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative. C'est un terme générique qui regroupe des perspectives diverses en termes de bases théoriques, méthodes, techniques de recueil et analyse des données*»¹

Notre recherche est de nature qualitative se base sur des notions théoriques fondées sur des recherches bibliographiques, ainsi des données collectées sur le terrain par la méthode d'étude de cas. Dans cette recherche nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive, dans le but d'atteindre notre objectif de recherche.

Pour une bonne validité de l'étude nous avons choisir la méthode d'étude de cas réaliser au sein de L'EPH d'AZAZGA. Cette méthode peut être défini comme suit : «*le terme étude de cas, traduit de l'anglo-saxon, case study, est utilisé en France dans des sens différents selon le contexte. En science humains et sociales. Il renvoie à une méthode d'investigation à visée d'analyse de et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier*»².

¹ AUBIN-AUGER, Isabelle. MERCIER, Alain et al. *Introduction à la recherche qualitative*. La revue française de médecine générale, 2008, Vol. 19, N° 84, p143.

² DAHAK, Abdennour. kARA, Rabah. Op.Cit,p, 88.

Notre travail consiste à essayer de **comprendre l'intérêt de mettre en place le système de triple comptabilité hospitalière basé sur le logiciel « 3COH » dans le calcul et l'analyse des coûts au niveau des établissements de santé en Algérie.**

III-1-1-1 Le choix de recueil des informations :

La collecte des données s'est déroulée sur deux niveaux : le cadre conceptuel et le cadre empirique, qui nous permettrons d'obtenir un maximum des informations. Les données recueillies ont été transcrites et traitées à l'aide d'une analyse de contenu, qui nous permettrons de déceler les causes plausibles du problème, et de les analyser, elle nous permettrons aussi de comprendre et de d'écrire notre thème.

Cette analyse *« est une technique indirecte d'investigation scientifique utilisée sur des productions écrites, (...), provenant d'individus ou de groupe, dont le contenu ne se présente pas sous forme chiffrée, qui permet de faire un prélèvement soit quantitatif, soit qualitatif en vue d'expliquer, de comprendre et de comparer »*¹.

III-1-1-2 Le choix de l'outil

Afin d'atteindre notre objectifs de recherche nous avons choisir de réaliser des entretiens dit non-directif, qui sont défini comme suit : *« l'entretien non directif a ceci de caractéristique que l'enquêteur ne pose à la personne qu'il interroge qu'une seule question directe, "la consigne" ; le reste de ses interventions a seulement pour but d'encourager la personne interviewée à enrichir et approfondir sa réponse. L'appellation "entretien non directif" vient de Carl Rogers et de la pratique thérapeutique qu'il a mise au point, le counseling⁴ • Mais la technique, elle, a été élaborée lors de l'enquête de la Western electric, une "recherche-action" qui visait à accroître la productivité dans cette entreprise »*².

¹ *Ibid*, p ,125

² *Ibidem*

III-1-2 Présentation de l'EPH AZAZGA

L'hôpital MEGHENEM LOUNES D'AZAZGA, en structure stable est d'une capacité de 259 lits, conformément à l'arrêté Ministériel N° 73 du 10.05.2015 portant création des services et leurs unités constitutives au sein de l'établissement hospitalier d'AZAZGA. Il est classé à la catégorie B.

III-1-2-1 Circonscription géo-sanitaire :

L'établissement est Situé sur la route nationale N°12 ; axe routier desservant les Wilayas : Béjaia, Sétif, jijel et Bordj-Bou Arreridj. Il est à une distance de 45 km du chef lieu de la wilaya de tizi -ouzou et a une altitude de 600m par rapport au niveau de la mer.

Superficie: 26 622m², Surface bâtie : 4835m²

III-1-2-2 Couverture sanitaire :

L'établissement public hospitalier d'AZAZGA couvre **03 daïras** soit **185 453 habitants**

- ✓ Daïra d'AZAZGA : répartie sur 05 communes ;
- ✓ Daïra de BOUZEGUENE : répartie sur 04 communes ;
- ✓ Daïra de MEKLA : répartie sur 03 communes ;
- ✓ Daïras limitrophes: (AZZEFOUN-ADEKAR- OUAGUENOUN).

III-1-2-3 Capacité de l'établissement :

L'établissement public hospitalier MEGHENEM LOUNES est d'une capacité de 259 lits technique dont 194 lits organisés, implanté dans la commune d'AZAZGA et doté de :

- ✓ 04 services d'hospitalisations ;
- ✓ 01 Service urgences médico-chirurgical ;
- ✓ 01 SERVICE de néphrologie et d'hémodialyse ;
- ✓ 01 laboratoire central ;
- ✓ 01 PTS ;
- ✓ 01 service radiologie ;
- ✓ 01 bloc opératoire doté de 4 salles opératoires dont une salle réservée aux urgences.

III-1-2-4 Services hospitalisations :

III-1-2-4-1 Le service de médecine interne :

D'une capacité de 60 lits est doté de 04 unités fonctionnelles :

- ✓ **Unité Femme** d'une capacité d'hospitalisation de 30 lits dont 4lits sont destinés à l'Unité pénitentiaire ;
- ✓ **Unité Homme** d'une capacité d'hospitalisation de 30 lits ;
- ✓ **Unité d'exploration fonctionnelle comprenant :**
 - Salle d'endoscopie digestive ;
 - Salle d'endoscopie bronchique et EFR ;
 - Salle d'Echo cardiologie et ECG ;
 - Salle d'hématologie → n'est pas encore opérationnelle.
- ✓ **Unité d'Oncologie Médicale** → n'est pas encore opérationnelle faute d'espace.

Par ailleurs le service de médecine occupe une place importante dans l'activité hospitalière au sein de l'établissement. Il prend en charge une multitude de pathologies chroniques et relevant souvent de la gériatrie.

III-1-2-4-2 Service de pédiatrie :

D'une capacité de 38 lits, est doté de 02 unités: pédiatrie, et Néonatalogie qui prend en charge les pathologies suivantes :

- ✓ Diabète ;
- ✓ Affections neurologique chez l'enfant ;
- ✓ pathologies pulmonaires (aigues et chroniques) ;
- ✓ cardiopathies ;
- ✓ Ictère ;
- ✓ Convulsion ;
- ✓ IRA ;
- ✓ Infection rénale (GEA....) ;
- ✓ Gastro-entérologie ;
- ✓ Infection néonatalogie ;
- ✓ Prématurnité ;
- ✓ Souffrance fœtale.

III-1-2-4-3 Le service de chirurgie :

D'une capacité de 50 lits, est doté de 02 unités, hommes et femmes, ainsi qu'une unité de traumatologie orthopédie; il prend en charges les pathologies suivantes :

- ✓ Chirurgie viscérale :
 - Chirurgie Abdominale (vésicule, Hernies...etc.) ;
 - Urgences chirurgicales (perforation d'Ulcère, occlusion, appendicite, ...etc.) :
 - Brûlures ;
- ✓ Chirurgie orthopédique et traumatologie (urgences et froid)
- ✓ Neurochirurgie (urgences et froid)
- ✓ CCI (urgences et froid)
- ✓ ORL
- ✓ Petite chirurgie.

III-1-2-4-4 Le service gynéco –obstétrique :

D'une capacité de 50 lits, est doté de 02 unités maternité et gynécologie; il prend en charges les pathologies suivantes :

- ✓ **Unité obstétrique :**
 - Salle prés travail : Accouchement/les urgences obstétricales, Les césariennes d'urgences, ERCF / les échographies
 - Poste Partum : Vaccination à la naissance, Contraception en poste partum.
- ✓ **Unité de gynécologie :**
 - Les urgences gynécologiques : ABRT, infection gynécologique, menace ABRT, MAP...ect.
 - Poste opératoire (césariennes, ADF, kystectomie, Myomectomie...)
- ✓ **Consultation de Gynécologique Obstétrique :**

A raison de quatre(04) fois par semaine, assurées au niveau du service.

- **Obstétrique :**
 - suivi de grossesses en collaboration avec polyclinique ;
 - suivi de GHR ;
 - préparation des malades à programmer.

- **Gynécologie :**

- les différentes affections gynécologiques : troubles du cycle ;
- Manométrique ;
- préparation des malades à programmer pour kyste ;
- fibrome, ADF ;
- infections gynécologiques ;
- contrôle du poste opératoire après 01 mois.

III-1-2-4-5 Unité d'urgences médico- chirurgicales :

D'une capacité de 12 lits, est dotée de 02 unités: urgence de chirurgie et urgence de médecine; elle prend en charge toutes les urgences médicales et chirurgicales. On peut citer les plus fréquentes :

✓ **Les urgences médicales :**

- Douleurs ;
- Pic hypertensif et complication à savoir l'OAP ;
- Syndrome coronarien aigu(angine de poitrine, IDM) ;
- Décompensations cardiaques ;
- Détresses respiratoire ;
- Etat de chocs, état comateux ;
- AVC (Accident vasculaire cérébral) ;
- Diabète et ses complications ;
- Effets secondaires de la chimiothérapie (déshydratation, dénutrition...);
- Urgences d'hématologie ;
- Urgences pédiatriques ;

- ✓ **Les urgences chirurgicales :**
 - Appendicite ;
 - Péritonite ;
 - Abscess ;
 - Pneumothorax.
- ✓ **Les urgences de traumatologie :**
 - Poly traumatismes ;
 - Fractures du col du fémur.
- ✓ **Les urgences neurochirurgicales :**
 - Traumatisme crânien avec complication ;
 - AVC hémorragiques.
- ✓ **Les urgences gynécologiques :**
 - Métrorragie sur grossesse ou autres ;
- ✓ **Les urgences Néphrologiques :**
 - Etat d'urémie ;
 - Insuffisances rénales chroniques ;
 - Insuffisances rénales aiguës ;
 - Infection du tractus urinaire ;
 - Maladies rénales.

III-1-2-4-6 Service néphrologie et hémodialyse :

Est d'une capacité de 14 lits, et dotée de 14 générateurs; elle prend en charges :

- ✓ Dialyses ;
- ✓ Insuffisance rénale chronique au stade terminale ;
- ✓ Insuffisance rénale aiguë secondaire à différentes pathologies ;
- ✓ Pose des abords vasculaires centraux (KT Fémoral, KT jugulaire, KT en sous-clavière).
- ✓ Surveillance des fistules artério-veineuse ;
- ✓ Surveillance biologique périodique des malades dialysés ;
- ✓ Prélèvements d'urgences afin de décider d'éventuelles séances d'urgences ;
- ✓ Consultations spécialisées des malades en insuffisances rénales au stade préterminal (en moyenne 10malades/jour).

- ✓ Consultation spécialisée des malades en urgence relevant de la pathologie néphrologique (syndrome néphrotique, néphropathie-lupique, néphropathie-diabétique...etc.). Ces malades sont adressés au CHU pour une ponction biopsique rénale afin de continuer la prise en charge thérapeutique, au retour ces malades sont hospitalisés au niveau de service de médecine interne de l'EPH.

III-1-2-5 Plateau techniques :

III-1-2-5-1 Laboratoire central :

Prend en charge les examens suivants :

- ✓ Hématologie ;
- ✓ Sérologie ;
- ✓ Bactériologie ;
- ✓ Biochimie.

III-1-2-5-2 Poste de transfusion sanguine :

- ✓ Unité de collecte ;
- ✓ Distribution intra-hospitalière ;
- ✓ Distribution extrahospitalière.

III-1-2-5-3 Radiologie :

Prend en charge les examens :

- ✓ Radiologie fonctionnel ;
- ✓ Echographie ;
- ✓ Scanner.

III-2 Evolution et mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière au sein de L'EPH AZAZGA

Dans cette section, on présente l'évolution du système 3COH depuis son installation à l'EPH d'AZAZGA à nos jours (de l'année 2012 à 2017), et après on exposera les conditions et les étapes de mise en œuvre du système 3COH suivant un ordre bien précis à travers la présentation du service « centre de calcul », ces équipements notamment la sensibilisation des personnels et leurs programmes de formations.

III-2-1 Evolution d'exploitation du système 3COH :

L'EPH d'AZAZGA a adopté le système informatisé de comptabilité de gestion 3COH depuis le 1^{er} janvier 2011, date de la mise en œuvre de ce système.

En effet, le parcours de déploiement de ce système peut être résumé par les grandes lignes suivantes :

- **25/08/2010** : envoi de la DSP du courrier N°0522 émanant du MSPRH du 18/08/2010 relatif à la comptabilité de gestion pour exécution et application stricte de son contenu, dans lequel on trouve 8 annexes :
 - Présentation du projet ;
 - Liste des 300 établissements concernés ;
 - Les spécifications du centre de calcul ;
 - Les spécifications techniques du matériel informatique ;
 - Données à préparer en vue du démarrage du système ;
 - Planning de formation ;
 - Document relatif à l'explication de la triple comptabilité hospitalière ;
 - Fiche relative au groupe de projet.
- **Septembre 2010** :
 - Achats des équipements informatiques demandés (un montant estimé de 1 414 046.08 DA), à pour objet l'installation du centre de calcul avec un réseau informatique locale ;
 - Définition de l'équipe de projet ;

- Travail de sensibilisation et d'explication du projet aux services concernés par la gestion de l'hôpital (économat, pharmacie, services financiers, services comptables...);
- Début de la collecte des informations nécessaire à la réalisation du bilan de l'établissement, et à la création d'une base de données informatique;
- Début de la formation de l'équipe de projet par les consultants PRESENCE INTERNATIONAL;
- Installation du système informatique 3COH et la création le centre de calcul (8 postes au départ);
- Fin des opérations d'importation des données relatives aux stocks et bilan financier de l'établissement dans le système.

➤ **01 janvier 2011 :**

- Début de saisie des opérations de stock (entrées/sorties+factures) des différents services au centre de calcul;
- Préparation fichier d'inventaires pour l'importation dans le système;
- Pendant ce temps la pharmacie travaille sur deux systèmes EPIPHARM au niveau de la pharmacie et 3COH au centre de calcul.

➤ **30 mars 2011 :**

- Envoie du courrier du MSPRH pour des recommandations pour assurer la pérennité du projet et dans lequel figure un point sur l'abandon des applications informatiques obsolètes.

➤ **04 avril 2011 :**

- Envoie d'un courrier rectificatif par rapport au point de l'abondant des applications obsolètes cités précédemment.

➤ **12 janvier 2012 :**

- Envoie d'un autre courrier pour adoption du système 3COH module relatif à la gestion des produits pharmaceutiques et place du logiciel EPIPHARM;
- Décentralisation des postes de la pharmacie au nombre de 03 et travail à temps réel; arrêter de travailler avec l'application EPIPHARM.

➤ **Mars 2012 :**

- Importation du fichier d'inventaires validé après une grande opération de réforme;
- Travail complet du système à temps réel.

➤ **En 2015 :**

- début du contrat de maintenance avec le consultant à la charge de l'établissement.

➤ **En 2016 :**

- Exploitation du module PERSONNEL pour la gestion des congés et mouvements du personnel ;
- Création un poste de surveillance informatique du logiciel 3COH.

En 2017 : L'application des modules suivant du logiciel 3COH

- Gestion des stocks des services (pharmacie décentralisée du centre de calcul) ;
- Gestion des achats et suivis des dettes ;
- Gestion des consommations ;
- Gestion des immobilisations ;
- L'inventaire complet des équipements de l'établissement est recensés et introduit dans le système, il est gérée actuellement par une informaticienne au centre de calcul dans l'attente la création d'un bureau des inventaires ;
- Comptabilité analytique (poste décentralisé) ;
- Vente régie.
- Comptabilité budgétaire (paiements et mandatements avec un poste décentralisé au bureau de l'économat) ;
- Comptabilité générale ;
- Système paye (constatations sous forme d'OD uniquement) ;
- Ressources humaines (gestion des congés et mouvements du personnel) ;
- Tableau de bord.

➤ **Septembre 2017 :**

- Envoie de courrier de redynamisation du système. L'EPH d'AZAZGA fait parti des sites pilote ; un renforcement de l'équipe de travail a été instauré par le directeur pour combler le retard de certaines opérations notamment celles relatives aux opérations budgétaires.

III-2-2 Les conditions de mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière :

III-2-2-1 Présentation du service « centre de calcul » :

Le centre de Calcul de l'EPH d'AZAZGA a été mis en place en Septembre 2010.

C'est un nouveau service adopté dans l'organigramme des hôpitaux, ce dernier est mis en place sous la responsabilité du directeur. Le centre de calcul est une salle spécialement aménagée et équipée des équipements informatique et un serveur dans lequel le logiciel 3COH est installé.

Le centre comporte un serveur ; six (06) postes de travail ; un poste de saisie destiné aux opérations de la pharmacie ; un poste de travail aux opérations de gestion des stocks, un poste pour produits pharmaceutiques ; un poste de travail attribué aux services comptabilités ; un poste de travail mis à la disposition de la comptabilité analytique (calcul des coûts) ; un poste destiné à la gestion et à la maintenance du réseau informatique et un poste alloué à la direction de l'établissement pour consultation du tableaux de bord de l'établissement.

le centre de calcul appelé aussi le centre de traitement des données est un espace géré par une équipe, composée d'au moins de trois personnes ,sous la responsabilité du chef d'équipe ayant des connaissances requises en matière de gestion (gestionnaire), un comptable et un informaticien, désignés par le directeur de l'établissement.

L'accès au centre de traitement des données doit être sécurisé et limité, seules les personnes autorisées ont le droit d'accéder aux fonctionnalités déterminées auparavant. Les opérations de saisie et de transfert des données vers le centre de traitement des données peuvent s'effectuer à partir des services et/ou structures producteurs des données de base.

L'équipe de projet est constituée au moins de 3 personnes :

➤ **Le gestionnaire :**

C'est le **contrôleur**, il doit veiller au respect de la réglementation et des procédures, dans la mission principale consiste à maintenir le lien de communication permanent avec la direction générale et les services utilisateurs.

C'est le premier responsable de la gestion permanente du fonctionnement du système. Il doit assurer les taches suivantes :

- Définir des procédures de communication avec les services utilisateurs ;
- Organiser et animer au moins une fois par semaine, une séance de travail avec les membres de l'équipe de projet, pour exposer tous les dysfonctionnements au niveau des services et la recommandation des solutions ;
- Remettre chaque fin de la semaine au directeur un compte rendu détaillé, comportant tous les éléments sur l'état d'avancement des travaux au niveau du centre de calcul ;
- Assurer la bonne transmission des données des différents services vers les services utilisateurs ;
- Organiser, et éventuellement animer, des séances de formation au profit des services utilisateurs ;
- Maintenir un contact permanent avec les services utilisateurs et s'enquérir de leur degré de satisfaction ;
- Veiller à maintenir des bonnes relations avec les fournisseurs des outils de gestion du système d'information : matériel, logiciel et autres accessoires
- Assurer la visite périodique de ces fournisseurs dans le cadre d'une gestion préventive des incidents
- Vérifier, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de projet, le respect par le logiciel 3COH des termes du « décret exécutif n° 09-110 du 7 avril 2009 fixant les conditions et modalités de tenue de la comptabilité au moyen de SI ».
- Prendre toute mesure utile pour faciliter la communication entre les différents acteurs du système d'information : Direction Générale, services utilisateurs, équipe de projet, personnel affecté à la saisie des données, concepteur du logiciel, fournisseurs de matériel et d'autres logiciels.

➤ **Le comptable :**

Le comptable est chargé principalement de contrôler la cohérence et la fiabilité des données et dans le cadre du nouveau système de comptabilité informatisée de gestion, le rôle des comptables de l'établissement va changer de façon importante, la majorité des tâches routinières et répétitives étant maintenant prises en charge par le logiciel.

La mission du comptable, membre de l'équipe de projet, consistera à :

- Réaliser quotidiennement le contrôle sur la cohérence des données gérées par le système ;
- former les utilisateurs, notamment les membres du service de la comptabilité, aux principes des méthodes du nouveau système comptable;
- vérifier la conformité du paramétrage du système (plan comptable, journaux, plan budgétaire) avec les spécificités propres de l'établissement et la réglementation en vigueur ;
- gérer, au profit des services utilisateurs, les fichiers des tiers (clients, fournisseurs, salariés) ;
- Assurer du non redondance des données ;
- Procéder, à chaque fin de mois, à la centralisation des journaux auxiliaires ;
- Production des états de synthèse de chaque mois ;
- Transmission des documents de synthèse dûment validé une copie au Directeur général, une autre copie au niveau des services comptable ;
- Signaler à l'informaticien tout dysfonctionnement d'ordre technique du système.

➤ **L'informaticien :**

Devenu maintenant « gestionnaire du système d'information » qui doit assurer sécurité et confidentialité des données tout en veillant à optimiser les performances des outils matériels et logiciels.

- Assurer le bon fonctionnement du système et du matériel dans des conditions optimales de sécurité et de confidentialité des données ;
- Installation des versions mises à jour du logiciel ;
- Gestion du profil des usagers (noms, droits d'accès) dans le système 3COH : Cette gestion doit être faite avec la participation des autres membres de l'équipe de projet, l'identification des usagers et de leurs habilitations devront être communiquées au Directeur Général et doit être révisées périodiquement (au moins une fois par mois) ;
- Définir avec les autres membres de l'Equipe, les procédures de travail manuel en cas de panne majeure du système ;

- Identifier les utilisateurs du système et communiquer leurs autorisations au chef de l'Etablissement ;
- Prendre en charge les problèmes techniques ;
- Tenir à jour un registre des incidents techniques et/ou un support informatique dans lesquels seront consignés ces incidents ;
- Résoudre les problèmes techniques n'ayant aucune incidence sur l'organisation ou la fiabilité de la base de données ;
- Identifier, en collaboration avec les autres membres de l'Equipe, les besoins nouveaux des services et/ou structures utilisateurs¹.

III-2-2-2 Les équipements :

Lors du stage pratique, on a constaté que tous les moyens matériels sont actuellement disponibles. Ainsi, le Centres de Calculs de l'EPH d'AZAZGA dispose de plusieurs ordinateurs connectés à un serveur général (sous la responsabilité du chef de Centre de Calcul). Le directeur aussi dispose d'un ordinateur connecté directement au Centre de Calculs, ce qui est facilite le suivi de l'état d'avancement de la phase de mise en œuvre du système 3COH, ainsi qu'une bonne vision de l'état réel de l'hôpital à tous moment (notamment le suivi de la situation financière).

III-2-2-3 La sensibilisation :

A propos du degré de sensibilisation du personnel, le rapport du constat de l'EPH montre qu'il y a une grande volonté du personnel pour améliorer leurs connaissances dans la maîtrise de ce système, ainsi que un environnement de communication et le partage des informations et le savoir-faire entre les personnes est favorable, ce qui permettre de la création une base de données fiable, ainsi que de développé un système d'information indispensable pour l'EPH.

III-2-2-4 La formation du personnel :

La formation du personnel (informaticien, le comptable et le gestionnaire) est répartie en 3 cycles de quelques jours pour chacun. La durée est insuffisantes pour la métrise du

¹ Arrêté interministériel du 6 Moharram 1436 Correspondant au 30 octobre 2014 fixant les modalités d'application du système informatisé de comptabilité de gestion au sein des Etablissements publics de santé ainsi que la liste des Etablissements concernés par la mise en œuvre de ce système. p28

logiciel avec toutes ces composantes dans un laps de temps, il aura dû de former le personnel avant la mise en œuvre de ce système.

III-2-3 Les étapes de mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière :

III-2-3-1 La collecte des données :

Dans cette étape, le centre de calcul est chargé de collecter l'ensemble des transactions effectuées au sein de l'EPH dans les différents services administratifs et médicaux. Dans une première étape, le chef du centre de calcul va demander aux chefs des autres services l'inventaire physique qui est l'état des stocks réels en quantité et en valeur de la fin de l'année 2016 c.-à-d. la situation arrêtée au 31 décembre 2016, l'administrateur clôture tous les modules afin d'établir les différents états de l'exercice en cours pour commencer l'exercice de l'année 2017 .

III-2-3-1-1 Le module gestion des stocks :

Dans cette étape le centre s'occupe de la Production des états (pour chaque magasin, famille, et sous-famille) :

- L'état des stocks (en quantité et en valeur) ;
- La liste des articles et journaux et distribution comptable associées.

A la fin de la production il faut procéder à la Validation (cachet et signature du chef de service) des états produits.

III-2-3-1-2 Le module achats :

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

III-2-3-1-3 Le module budget :

-Production des états : l'état budgétaire sommaire détaillé ; l'état des engagements ; l'état des liquidations et l'état des mandatements ;

-Validation par le service contrôle et finance (ou équivalent).

III-2-3-1-4 Le module facturation régie :

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

-Validation par le service concerné.

III-2-3-1-5 Le module consommation :

-Production des états : la consommation par service et unité ; la consommation par famille d'articles ;

-Validation par le service fournisseur.

Lorsque le centre de calcul a terminé le traitement de cette période, passe la deuxième étape consistant à la collecte des transactions du premier trimestre de l'année 2017.

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

-La date (d'enregistrement), la saisie dans le système ;

- Un numéro unique pour chaque transactions ;

-Le numéro de la pièce justificative qui a donnée naissance à la transaction saisie à partir d'un document qui est une « pièce justificative » ;

-L'identification de l'utilisateur qui est à l'origine de chaque opération saisie dans le système.

III-2-3-2 L'enregistrement des données :

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

III-2-3-2-1 La saisie :

Cette tâche consiste à saisir des données dans le système 3COH à partir d'un support papier qui est une pièce justificative (Facture,...etc.)

III-2-3-2-2 La mise à jour :

De temps à autre, PRÉSENCES introduit des nouvelles fonctionnalités dans le système qui sont nécessaires pour l'amélioration des performances du logiciel « 3COH ». On mis à jour la base de données du système.

III-2-3-2-3 La validation :

La validation d'une transaction est l'enregistrement de celle-ci définitivement dans le logiciel. Cela confirme que la transaction est réalisée dans la réalité, elle sera importée à l'étape de centralisation, où elle ne peut plus être modifiée.

Il est toujours possible que l'utilisateur fait des erreurs au moment de la saisie d'une transaction, le système 3COH offre la possibilité de corriger (de mettre à jour) toute transaction avant qu'elle soit validée. Mais pour des mesures de sécurité et de répondre aux questions liées à la fiabilité des données l'utilisateur ne peut plus modifier les données d'une opération de transaction une fois que cette dernière a été validée. En revanche pour la rectification des erreurs validées le directeur de l'établissement de santé doit contacter le MSPR afin de pouvoir déverrouiller le module de la saisie validée pour réaliser des rectifications, cela prend généralement beaucoup de temps et entraîne un retard dans l'avancement de travail.

III-2-3-2-4 La centralisation :

Une fois que toutes les données des différents services, sont saisies et validées dans les modules du logiciel 3 COH, le centre de calcul permet de faire la centralisation de ces dernières.

Le système donne d'une manière automatique les états de synthèse qui servent un tableau de bord pour les dirigeants des établissements de santé. Le directeur dispose d'un accès à tous les modules du système 3 COH, ce qui lui permet de voir la situation de l'établissement, et d'utiliser les résultats de synthèse dans les futures décisions.

L'application du logiciel 3COH dans le système de calcul des coûts de soins en Algérie est mis en place suite à l'instruction N°0522 émanant du MSPRH du 18/08/2010 relatif à la comptabilité de gestion. Cela constitue un système de réception des charges entre les différents services de l'établissement de santé, dans le but la détermination le coût réel de chaque service fournie au patient.

Néanmoins, la démarche méthodologique introduite a connu une exécution stricte de son contenu dans les modalités de mis en œuvre de ce système de calcul des couts de santé au niveau de l'EPH de AZAZGA.

A cet effet, il est important d'étudier et d'analyser les différents résultats statistiques obtenus par l'application de logiciel triple comptabilité hospitalière des différents services, au sein de l'EPH d'AZAZGA.

En outre, d'après les recherches effectuées au sein d'EPH d'AZAZGA, des questions semble importante et nécessite des études plus profonde à savoir l'affectation des charges de cet établissement ; et l'étude de calcul de coût d'une journée d'hospitalisation.

Tout cela, conduira à analysé le système triples comptabilité hospitalière appliquée en Algérie, et de faire ressortir ses limites.

III-3 L'application du système 3COH dans le calcul des coûts de prise en charge des malades au sein l'EPH d'AZAZGA :

Dans le cas pratique en applique La comptabilité **analytique** puisque elle offre au gestionnaire des informations plus fines, en particulier les charges par destination et lui donner des résultats telles que :

- ✓ Les charges de personnel de chaque service ;
- ✓ La valeur des médicaments consommés par chaque service ;
- ✓ Le coût de chaque acte médical ;
- ✓ Le nombre d'hospitalisations du mois dernier ;
- ✓ Le taux moyen d'occupation des lits de tel service;

Ces divers résultats sont obtenus, d'une part à partir des éléments enregistrés en comptabilité générale et, d'autre part, à partir de données saisies au niveau du module de la comptabilité analytique : en général, les valeurs proviennent de la comptabilité générale, alors que les quantités (nombre de journées d'hospitalisation, nombre d'actes réalisés par service,...) sont saisies au niveau du module analytique.

Ce dernier est normalement utilisé à la fin de chaque mois, lorsque toutes les données de la comptabilité générale ont été saisies, validées et centralisée dans logiciel 3 COH.

III-3-1 Paramétrage préalable :

La comptabilité analytique fait appel à un certain nombre de notions nouvelles qui prennent la forme de paramètres nouveaux.

Avant de pouvoir exploiter le module ANALYTIQUE du logiciel 3COH, il est donc nécessaire de fixer les valeurs de ces paramètres.

III-3-1-1 Les unités d'œuvre :

Dans le cas pratique on mesurera l'activité de chaque service en nombre de journées d'hospitalisation ou en nombre de séances de consultation ou en nombre de repas servis.

Par convention, les unités d'œuvre ont un code, souvent constitué d'une lettre (lettre clé). Exemple

- ✓ K est l'unité d'œuvre des activités de chirurgie ;
- ✓ D est l'unité d'œuvre de la stomatologie ;
- ✓ B correspond aux opérations de radiologie ;
- ✓ JH désigne les journées d'hospitalisation.

Figure N°05 : Table des unités d'œuvre

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

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA 2017

III-3-1-2 Les actes :

La production des services médicaux et médico-techniques prend la forme d'actes (consultations, radiographies, examens,...etc.), Ces actes sont regroupés en spécialités (Chirurgie, ophtalmologie, orl,...etc.), Le module analytique permet de visualiser ces actes.

Figure N°06 : Table des actes

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

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA 2017

La partie gauche de la fenêtre présente les différentes spécialités (actes de la sage femme, actes infirmiers,...etc.), chaque spécialité étant elle-même subdivisée en sous-spécialités : dans l'exemple ci-dessus, la spécialité chirurgie cardiaque (de code 16) a deux sous-spécialités : chirurgie cardiaque et chirurgie interventionnelle.

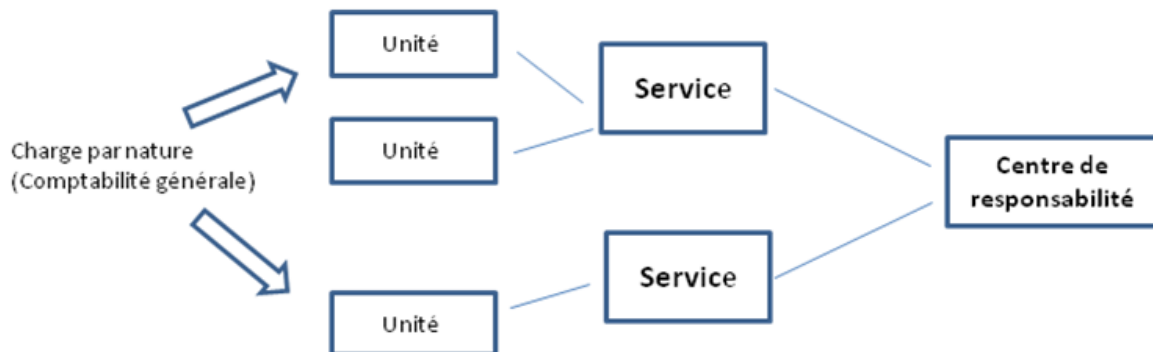
Chaque sous-spécialité comporte un certain nombre d'actes proprement dits affichés à la droite de la fenêtre.

III-3-1-3 Les centres de responsabilité :

Dans le système 3COH le centre de responsabilité (ou « section d'analyse ») est constitué de un ou de plusieurs services et de une ou de plusieurs unités dans ces services (les notions de service et d'unités sont définies dans le module clients et redevables).

Un centre de responsabilité est sous l'autorité d'une seule personne, dans de nombreux cas, centre de responsabilité et service sont confondus ; autrement dit, un centre de responsabilité correspond à un service et à l'ensemble de ses unités.

Figure N°07 : Centre de responsabilité



Source : PRÉSENCES INTERNATIONAL, Projet 3COH: Guide de l'utilisateur, février 2010, page245.

Les charges sont imputées directement aux unités au moment de la saisie de l'opération dans les modules de la comptabilité générale.

Exemple : la consommation de médicaments au service cardiologie, unité hommes sera imputée à cette unité au moment de l'enregistrement de la livraison (module consommation) des médicaments par la pharmacie à cette dite unité, il s'agit d'une charge directe, la destination (l'unité) étant connue au moment de la saisie de la pièce.

Les charges dont la destination n'est pas connue exemple : les charges de téléphone ou d'électricité) seront imputées à une section fictive, dite section commune.

III-3-1-4 Les classes de charge :

Elle représente la classification des charges enregistrées au niveau de la comptabilité générale, chaque classe correspondra à une colonne du tableau de répartition des charges.

On peut définir autant de classes de charges, généralement on retrouve les classes suivantes :

- ✓ Charges du personnel ;
- ✓ Consommation de médicaments ;
- ✓ Consommation de produits alimentaires ;
- ✓ Achats ;
- ✓ Autres charges.

III-3-1-5 Les tables de ventilation :

La répartition des charges peut se faire selon l'un des modes définis au niveau des classes de charges :

➤ Au prorata des charges directes : une section A ayant consommé deux fois plus de charges qu'une autre section B, absorbera deux fois plus de charges secondaires que la section A

➤ Au prorata des repas consommés : Cette méthode s'applique unique aux consommations de produits alimentaires (servant à la composition des repas), la valeur des charges affectées à une section sera proportionnelle au nombre de repas consommés par cette section.

➤ Selon la table de ventilation : Une table de ventilation détermine les pourcentages de répartition à affecter à certaines sections concernées par des charges spécifiques, prenons par exemple le cas de la consommation des gaz médicaux qui ne concernent que certaines sections, pour cette charge, il faudra créer une table de ventilation dans laquelle figureront les seules sections consommatrices de gaz médicaux, à chaque section, on associera un pourcentage de la consommation globale, s'il n'y a que deux telles sections A et B et que la première consomme 80% de la consommation globale, on créera une table qui indiquera (A, 80%) et (B, 20%).

III-3-2 La saisie des données variables :

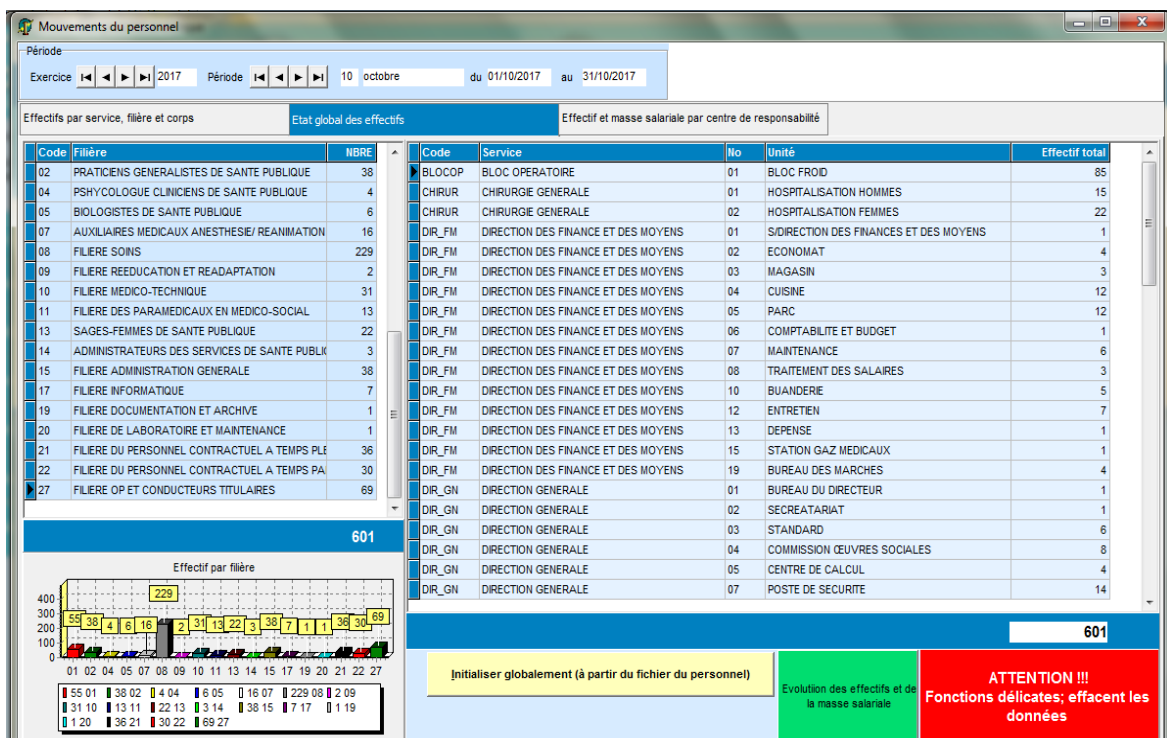
Pour procéder au calcul des couts le centre de calcule de EPH d'AZAZGA collecte chaque fin du mois les données liées à l'activité de l'établissement à savoir :

- ✓ Les effectifs des services par corps à la fin du mois ;
- ✓ Les repas consommés pendant le mois ;
- ✓ La production des services médio-techniques (examens, radiographies, ...) ;
- ✓ La production (en actes) des services médicaux.

III-3-2-1 Les effectifs des services :

Le but de la saisie des effectifs est de permettre la production de quelques résultats relatifs aux effectifs du personnel.

Figure N°08 : Mouvement du personnel (octobre 2017)



Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-2-2 Consommation des produits alimentaires (repas) :

Il est constitué des repas consommés pendant le mois qui vient de se terminer, les repas peuvent être consommés par les malades, les garde-malades, le personnel de garde ou d'autres personnes (invités, par exemple), pour chaque (service, unité).

Les pièces justificatifs de la consommation des produits alimentaires sont collectées chaque fin du mois au niveau du service des dépenses.

Figure N°09 : Consommation de repas (octobre 2017)

Consommation de repas								
Période								
Exercice		2017	Période		10 octobre	du		01/10/2017 au 31/10/2017
Charges alimentaires de la période			Nombre total de repas		Coût moyen du repas			
1 694 754,31			8116		208,82			
Consommation de repas			Consommation par article		Etat annuel			
Code	Service	Unité	Unité	J, hospitalisation	Malades	Garde-malades	Per. garde	Autres
CHIRUR	CHIRURGIE GENERALE	01	HOSPITALISATION HOMMES	408	408	167		
CHIRUR	CHIRURGIE GENERALE	02	HOSPITALISATION FEMMES	459	459	237		
DIR_FM	DIRECTION DES FINANCE ET DES MOYEN	01	S/DIRECTION DES FINANCES ET DES MO				31	
GYNOB	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	01	GYNECOLOGIE	895	895	75		
GYNOB	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	02	OBSTETRIQUE	753	753	83		
MEDINT	MEDECINE INTERNE	01	HOSPITALISATIONHOMMES	603	603	368		
MEDINT	MEDECINE INTERNE	02	HOSPITALISATION FEMMES	643	643	516		
PEDIAT	PEDIATRIE	01	PEDIATRIE	795	795	735		
PEDIAT	PEDIATRIE	02	NEONATOLOGIE	259		228		
URGMD	URGENCES MEDICO CHIRURGICALES	01	URGENCES MEDICALES	568	568	335	217	
				5 383	5 124	2 744	248	

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

- Les couts moyen du repas = les charges alimentaires de la période/ nombre total de repas de la même période

Dans ce cas pratique le coût moyen du repas de mois d'octobre 2017 est de **208,82 DA**.

Ce dernier calcul uniquement le coût des matières premières, il est variable d'une période a une autres.

III-3-2-3 Admissions et hospitalisations :

Les données des admissions et d'hospitalisations saisie sur le système 3COH sont collectées au niveau du bureau des admissions sous formes des pièces justificatifs, le système détermine, pour chaque unité, 2 importants paramètres de l'activité hospitalière pour chaque mois :

$$DMS = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre des admissions}} \times 100$$

Dans l'exemple si dessus la DMS de mois d'octobre 2017 est égale à 4,82

L'interprétation de ce chiffre est de 5 jours c'est-à-dire durant le mois octobre chaque malade hospitalisé à resté approximativement 05 nuits à l'hôpital, ce résultat varie chaque mois.

$$TOM = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre de lits} \times 365 \text{ jours}} \times 100$$

Dans l'exemple si dessus la TOM de mois d'octobre 2017 est égale à 78,93 %

Cet indicateur nous indique que le pourcentage d'utilisation des lits disponibles durant le mois d'octobre 2017 est de 78,93%.

Figure N°10: Activités d'hospitalisation (octobre 2017)

Activités d'hospitalisation							
Capacité en lits	Nombre d'admissions	Journées d'hospitalisation	Durée moyenne du séjour	Taux d'occupation moyen			
220	1117	5383	4,82	78,93%			
Période							
Exercice 2017		Période 10 octobre		du 01/10/2017 au 31/10/2017			
Activités d'hospitalisation		Résultats cumulatifs					
Service	Unité	Nb lits	Nbre d'admissions	Nombre J.H.	D.M.S.H.	T.O.M.	
CHIRURGIE GENERALE	HOSPITALISATION HOMMES	25	74	408	5,51	52,65	
CHIRURGIE GENERALE	HOSPITALISATION FEMMES	25	56	459	8,20	59,23	
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE	25	114	895	7,85	115,48	
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	OBSTETRIQUE	18	176	753	4,28	134,95	
MEDECINE INTERNE	HOSPITALISATION HOMMES	30	83	603	7,27	64,84	
MEDECINE INTERNE	HOSPITALISATION FEMMES	26	96	643	6,70	79,78	
NEPHROLOGIE, HEMODIALYSE	HEMODIALYSE	14					
PEDIATRIE	PEDIATRIE	25	176	795	4,52	102,58	
PEDIATRIE	NEONATOLOGIE	8	41	259	6,32	104,44	
URGENCES MEDICO CHIRURGICALES	URGENCES MEDICALES	24	301	568	1,89	76,34	

Source : logiciel 3coh de l'EPH AZAZGA

Chapitre III : L'application du logiciel 3COH au sein de l'EPH AZAZGA

Le système 3COH permet aussi d'avoir Les résultats annuels qui sont visibles dans le tableau ci-dessous :

Figure N°11: Activités d'hospitalisation annuelle (octobre 2017)

Activités d'hospitalisation																	
Capacité en lits		Nombre d'admissions		Journées d'hospitalisation		Durée moyenne du séjour		Taux d'occupation moyen									
220		1125		4006		3,56		53,84%									
Période																	
Exercice 2017 Période 5 mai du 01/05/2017 au 31/05/2017																	
Activités d'hospitalisation			Résultats cumulatifs														
No	Service	Unité	Paramètre	Jan	Fév	Mar	Avr	Ma	Ju	Ju	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	Tota	
1	CHIRURGIE GENERALE	HOSPITALISATION HOMM	LITS	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	
			ADMISS.	94	96	115	102	100	79	57	78	64	74				859
			J.HOSP.	412	350	484	462	359	373	223	414	296	408				3781
			D.M.S.H	4,38	3,65	4,21	4,53	3,59	4,72	3,91	5,31	4,63	5,51				4,40
			T.O.M	53,16	50,00	62,45	61,60	46,32	49,73	28,77	53,42	39,47	52,65				49,76
2	CHIRURGIE GENERALE	HOSPITALISATION FEMM	LITS	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	
			ADMISS.	148	157	156	148	116	98	91	94	67	56				1131
			J.HOSP.	673	647	721	667	675	587	652	668	486	459				6235
			D.M.S.H	4,55	4,12	4,62	4,51	5,82	5,99	7,16	7,11	7,25	8,20				5,51
			T.O.M	86,84	92,43	93,03	88,93	87,10	78,27	84,13	86,19	64,80	59,23				82,10
3	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE	LITS	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	
			ADMISS.	116	124	125	126	116	103	117	110	119	114				1170
			J.HOSP.	385	392	325	338	344	390	413	691	827	895				5000
			D.M.S.H	3,32	3,16	2,60	2,68	2,97	3,79	3,53	6,28	6,95	7,85				4,27
			T.O.M	49,68	56,00	41,94	45,07	44,39	52,00	53,29	89,16	110,27	115,48				65,73
4	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	OBSTETRIQUE	LITS	18	25	25	25	25	25	25	25	25	25	18			23
			ADMISS.	133	119	112	96	158	183	179	179	175	176				1510
			J.HOSP.	271	257	155	174	338	320	352	680	683	753				3983
			D.M.S.H	2,04	2,16	1,38	1,81	2,14	1,75	1,97	3,80	3,90	4,28				2,64
			T.O.M	48,57	36,71	20,00	23,20	43,61	42,67	45,42	87,74	91,07	134,95				57,39
5	MEDECINE INTERNE	HOSPITALISATIONHOMM	LITS	30	28	28	28	28	28	28	28	28	28	30			28
			ADMISS.	116	119	112	96	158	183	179	179	175	176				1510
			J.HOSP.	271	257	155	174	338	320	352	680	683	753				3983
			D.M.S.H	2,04	2,16	1,38	1,81	2,14	1,75	1,97	3,80	3,90	4,28				2,64
			T.O.M	48,57	36,71	20,00	23,20	43,61	42,67	45,42	87,74	91,07	134,95				57,39
				LITS	208	240	240	240	240	240	240	240	220			232	
				ADMISSION	1 158	1 176	1 179	1 060	1 125	1 062	1 097	1 197	1 093	1 117			11 264
				J. HOSPL	4 767	4 347	4 266	3 672	4 006	3 720	3 896	5 324	4 682	5 383			44 063
				D.M.S.H	4,12	3,70	3,62	3,46	3,56	3,50	3,55	4,45	4,28	4,82			3,91
				T.O.M	73,93	64,69	57,34	51,00	53,84	51,67	52,37	71,56	65,03	78,93			62,04

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-2-4 La production des services médico-techniques :

Les services médicaux et médico-techniques produisent des actes dans leurs spécialités (CHIRURGIE, ORL, STOMATOLOGIE,...etc.).

Pour chacune de ces sections, cette production doit être saisie mensuellement, La procédure la plus simple consiste à demander de renseigner son bordereau des activités mensuelles (BAM) qui service de pièce justificative de la saisie.

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

A l'EPH AZAZGA existe 05 services médico-techniques : radiologie, bloc opératoire, exploration fonctionnelle, laboratoire et les Collectes de sang.

Figure N°12: Saisie des activités des sections médico-technique (octobre2017)

The screenshot displays the 'Saisie des activités des sections médico-techniques' window. At the top, the 'Période' is set to 'Exercice 2017' and 'Période' is 'octobre' from '01/10/2017' to '31/10/2017'. The 'Section' dropdown is set to '60 RADIOLOGIE (IMAGERIE)'. Below this, there are two tabs: 'Activités de la section' and 'Actes de la section'. The 'Actes de la section' tab is active, showing a table of medical acts. The table has columns for 'No', 'Spécialité', 'Code', and 'Designation'. The first row is selected, showing '78' for 'No' and 'IMAGERIE' for 'Spécialité'. The 'Code' column lists various act codes, and the 'Designation' column lists their corresponding names. A dropdown menu is open over the table, showing a list of codes and designations, with '71 CTS' highlighted. At the bottom right, there is a 'Mode de saisie' section with radio buttons for 'Tous les actes' (selected) and 'Spécialité'.

No	Spécialité	Code	Designation
78	IMAGERIE	7078050001	A.S.P.FA
		7078050002	A.S.P.FACE ET PROFIL
		7078050003	A.S.P.PROFIL
		7078050004	ABDOMEN SANS PREPARATION
		7078100001	AMPLIFICATEUR DE BRILLANCE DE CONTROL EN PEROPERATOIRE
		7078120001	ANGIOGRAPHE
		7078090001	ANGIOGRAPHE
		7078090002	ANGIOSCAN AORTIQUE
		7078090003	ANGIOSCAN RENALE
		7078080001	AORTO-ILIAQUE
		7078060001	ARTHOGRAPHE DE L EPAULE
		7078120002	ARTHOGRAPHE DE L EPAULE
		7078120003	ARTHOGRAPHE DU GENOU
		7078030001	ARTICULATION SACRO-ILIAQUE
		7078030004	ASP - BASSIN - RACHIS
		7078030002	BASSIN 3/4 DROIT
		7078030003	BASSIN 3/4 GAUCHE
		7078030005	BASSIN FACE ET PROFIL
		7078030006	BASSIN PROFIL
		7078060026	BRASE - A/BRAS- POIGNET
		7078120004	C P R E
		7078120005	C U M
		7078030007	CADRE OBTURATEUR
		7078050005	CADRE RENAL
		7078070001	CALCAN UM FACE
		7078070002	CALCAN UM PROFIL
		7078010001	CELLE TURCQUE
		7078050006	CHOLONGIOGRAPHE PAR DRAIN DE KEHR
		7078040001	CLAVICULE
		7078040002	CLAVICULE
		7078120006	COLONOGIOPHIE

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-2-5 La production des services médicaux :

Elle correspond à la production des services médicaux saisie mensuellement à partir du bordereau des activités mensuelles.

Dans cette rubrique il faut saisir tous les actes médicaux fournis par les différents services de l'EPH (chirurgie générale, gynécologue...Etc.

Dans la figure suivante, on trouve les différents services médicaux de l'EPH AZAZGA, chaque acte fournis par ces dernier devrait être saisi à partir des pièces justificatif collectées par le service des dépenses dans tout les services de l'établissement de santé.

Figure N°13: Saisie des activités principales (octobre 2017)

Saisie des activités des sections principales

Période
Exercice 2017 Période ◀ ▶ ▶▶ octobre du 01/10/2017 au 31/10/2017 Section ◀ ▶ ▶▶ 04 CHIRURGIE GENERALE 309

Services et spécialités Liste des actes Production de la section

CHIRURGIE GENERALE

Tri selon
• Désignation ○ Code

No	Section
04	CHIRURGIE GENERALE
09	GENYCOLOGIE
57	HEMODIALYSE
10	MATERNITE
29	MEDECINE INTERNE
30	NEONATOLOGIE
13	OPHTALMOLOGIE
34	PEDIATERIE
53	PUMC
54	SAMU
55	STOMATOLOGIE

Numéro	Spécialité
11	CHIRURGIE GENERALE
13	NEUROCHIRURGIE
18	CHIRURGIE VISCERALE

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-3 La répartition des charges :

Après avoir saisi tous les données dans le système 3COH :

- Effectifs des services par corps ;
- Admissions et hospitalisations ;
- Consommation de produits alimentaires ;
- Production des services médico-techniques ;
- Production des services médicaux.

Il faut procéder à la répartition des charges, Le tableau de cette dernière se présente sous la forme d'une grille ayant pour colonnes les classes de charges et pour lignes les centres de responsabilité.

La répartition consiste à ramener la totalité des charges aux sections principales (productrices de soins aux malades).

Cette « répartition » se fait en 2 étapes :

III-3-3-1 La Répartition primaire :

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

Figure N°14: Tableau de la Répartition primaire (octobre 2017)

Etat des charges par centre de responsabilité										
Période										
Exercice 2017 du 01/10/2017 au 31/10/2017										
Tableau de répartition des charges										
TYPE Centre de responsabilité	Effectif	Personnel	Pharmaceutique	Alimentation	Autres stocks	Autres Achats	Amortissement	Autres charges	TOTAL	%
P CHIRURGIE GENERALE	39,21	7 876 121,25	1 832 043,33	23 216,64	170 442,45	128 535,13			10 030 358,80	13,02
P GENYCOLOGIE	31,57	5 927 750,52	879 782,42	46 433,28	141 887,82	128 535,10			7 124 389,14	9,25
P MATERNITE	40,94	3 410 392,37	629 478,91		71 680,91	128 535,10			4 240 087,29	5,50
P OPHTHALMOLOGIE										
P MEDECINE INTERNE	67,07	6 116 825,68	2 634 415,24	371 454,16	131 606,24	128 535,10			9 382 836,42	12,18
P NEONATOLOGIE	18,48	1 713 023,24	273 687,96		70 532,23	128 535,10			2 185 778,53	2,84
P PEDIATERIE	30,99	2 612 819,14	1 682 455,05		76 908,03	128 535,10			4 500 717,32	5,84
P PUMC	339,87	8 950 877,08	20 736 454,30	1 137 573,07	144 623,59	128 535,10			31 098 063,14	40,37
P SAMU										
P STOMATOLOGIE	2,08	180 504,19	39 557,06		1 103,16	128 535,10			349 699,51	0,45
P HEMODIALYSE	30,79	2 718 929,57	5 093 433,74	116 077,16	64 604,03	128 535,10			8 121 579,60	10,54
SOUS-TOTAL		39 507 243,04	33 801 308,01	1 694 754,31	873 388,46	1 156 815,93			77 033 509,75	100,00
A RADIOLOGIE (IMAGERIE)										
A BLOC OPERATOIRE										
A EPIDEMIOLOGIE (SEMEP)										
A EXPLORATION FONCTIONNELLE										
A LABORATOIRE										
A CTS										
A ADMINISTRATION										
A DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES										
A SERVICES SOCIAUX										
A DSS										
A PHARMACIE CENTRALE										
SOUS-TOTAL										
C SECTION COMMUNE										
SOUS-TOTAL										
TOTAL	601	39 507 243,04	33 801 308,01	1 694 754,31	873 388,46	1 156 815,93			77 033 509,75	100,00

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-3-2 La répartition secondaire :

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

✓ La répartition des **charges de personnel** : Elle se fait au prorata de l'effectif de chaque corps. Ainsi si, dans le corps médical, la section A à un effectif double de celui de la section B, cette première consommera 2 fois plus de charges de personnel que la seconde.

✓ La répartition selon le **nombre de repas** : Ce mode s'applique à la classe « Charges d'alimentation.

✓ Au prorata des **charges directes**.

✓ Selon **table de ventilation** : la répartition se fait selon les centres et les taux qui figurent dans la table de répartition liée à la classe de charge, ce mode sera par exemple utilisé pour la consommation des gaz médicaux : dans la table de ventilation figurent uniquement les unités consommatrices de gaz médicaux avec un pourcentage de la consommation totale pour chacune.

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

Figure N°15: Tableau de la répartition secondaire (octobre 2017)

Etat des charges par centre de responsabilité									
Période Exercice 2017 du 01/10/2017 au 31/10/2017									
Tableau de répartition des charges		Graphe des charges							
TYPE Centre de responsabilité	Effectif	Personnel	Pharmaceutique	Alimentation	Autres stocks	Autres Achats	Amortissement	Autres charges	TOTAL %
P CHIRURGIE GENERALE	39,21	2 618 907,76	1 513 052,31		37 400,64				4 169 360,71 5,41
P GENYCOLOGIE	31,57	2 125 802,65	636 335,28		44 469,95				2 806 607,88 3,64
P MATERNITE	40,94	2 620 586,88	419 662,62		56 762,93				3 097 012,43 4,02
P OPHTHALMOLOGIE									
P MEDECINE INTERNE	67,07	4 403 010,66	2 099 835,47		94 926,20				6 597 772,33 8,56
P NEONATOLOGIE	18,48	1 273 360,57	216 465,33		55 703,16				1 545 529,06 2,01
P PEDIATRIE	30,99	1 995 962,31	1 298 461,12		60 969,45				3 355 392,88 4,36
P PUMC	339,87	4 727 295,69	20 447 580,47		97 755,32				25 272 631,48 32,81
P SAMU									
P STOMATOLOGIE	2,08	141 643,20	39 557,06		882,52				182 082,78 0,24
P HEMODIALYSE	30,79	2 051 055,64	5 093 433,74		51 052,26				7 195 541,64 9,34
SOUS-TOTAL		21 957 625,36	31 764 383,40		499 922,43				54 221 931,19 70,39
A RADIOLOGIE (IMAGERIE)		1 054 954,39	271 641,14		7 107,77				1 333 703,30 1,73
A BLOC OPERATOIRE		5 942 650,69	878 608,12		166 593,64				6 987 852,45 9,07
A EPIDEMIOLOGIE (SEMEP)		142 443,71	89 823,59		2 063,56				234 330,86 0,30
A EXPLORATION FONCTIONNELLE		141 145,35			8 443,62				149 588,97 0,19
A LABORATOIRE		1 563 339,15	766 824,07		16 320,99				2 346 484,21 3,05
A CTS		353 052,08	30 027,69	2 806,74	403,07				386 289,58 0,50
A ADMINISTRATION		2 925 698,77			44 144,49				2 969 843,26 3,86
A DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES		3 581 193,79		1 691 947,57	92 712,53	1 156 815,93			6 522 669,82 8,47
A SERVICES SOCIAUX									
A DSS		1 273 451,57			33 730,88				1 307 182,45 1,70
A PHARMACIE CENTRALE		571 688,18			1 945,48				573 633,66 0,74
SOUS-TOTAL		17 549 617,68	2 036 924,61	1 694 754,31	373 466,03	1 156 815,93			22 811 578,56 29,61
C SECTION COMMUNE									
SOUS-TOTAL									
TOTAL	601	39 507 243,04	33 801 308,01	1 694 754,31	873 388,46	1 156 815,93			77 033 509,75 100,00

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-4 Le sommaire des charges :

Normalement toutes les charges constatées en comptabilité générale devraient être ventilées en comptabilité analytique. La dernière ligne du tableau de répartition donne le total des charges pour chaque classe de charges, le **sommaire des charges** donne les totaux des charges par classe en les extrayant de la comptabilité générale ; c'est-à-dire sans tenir compte du paramétrage de la comptabilité analytique, ces deux montants devraient être égaux, si cela n'est pas le cas, il faudra revoir le paramétrage du système de comptabilité analytique (unités non réparties ou réparties plus d'une fois sont les erreurs usuelles).

Le total des charges des classes constatées en comptabilité générale devrait correspondre au total général des charges dans le tableau de répartition des charges pour la même période, de la même manière le total de chaque classe de charge (exemple 39707243,04 pour les charges de personnel) devrait être égal au total de la colonne correspondante du tableau de répartition.

Figure N°16: Sommaire des charges (octobre 2017)

Sommaire des charges							
Période							
Exercice 2017		octobre		du 01/10/2017		au 31/10/2017	
Charges par classe de charges							
No	Classe de charges	Débit	Crédit	Compte	Intitulé	Débit	Crédit
1	Personnel	39 507 243,04		6312.00211	Indemnité des services administratifs communs	234 515,25	0,00
2	Pharmaceutique	34 654 084,05	165 786,92	6312.00212	Indemnité des services techniques communs	66 123,00	0,00
3	Alimentation	1 694 754,31		6312.00213	Indemnité de nuisance	206 223,75	0,00
4	Autres stocks	877 834,46	4 446,00	6312.00214	Indemnité forfaitaire de service	15 525,00	0,00
5	Autres Achats	8 879 574,51		6312.00220	Indemnité pour le soutien aux activités de santé	697 650,75	0,00
6	Amortissement			6312.00226	Prime de suivi et de soutien pédagogique	5 751,00	0,00
7	Autres charges			6312.00227	Indemnité d'astreinte paramédicale	1 660 207,50	0,00
				6312.00228	Indemnité de soutien aux activités paramédicales	1 777 439,25	0,00
				6312.00229	Indemnité de technicité	571 070,25	0,00
				6312.00230	Indemnité d'astreinte aux soins obstétricaux et à la sant. rep	132 941,25	0,00
				6312.00231	Indemnité de soutien à la santé "mère et enfant"	132 941,25	0,00
				6312.00232	Indemnité d'astreinte en soins spécialisés	1 003 113,00	0,00
				6312.00234	Indemnité d'astreinte aux activités d'anesthésie réanimation	116 988,75	0,00
				6312.00235	Indemnité de soutien aux activités d'anesthésie réanimation	116 988,75	0,00
				6312.00238	Renonciation à l'activité complémentaire	210 000,00	0,00
				6312.00239	Indemnité forfaitaire compensatrice du	1 288 800,00	0,00
				6312.00240	Indemnité de gestion des services de santé	45 252,00	0,00
				6312.00241	Indemnité de soutien aux activités de l'administration	194 728,50	0,00
				6312.00242	Indemnité d'astreinte spécifique	16 058,25	0,00
				6312.00403	Indemnités et allocations diverses servies saux contractuels	1 022 105,69	0,00
				6312.00404	Indemnités et allocations diverses servies aux contractuels	54 801,67	0,00
				6350.00501	Prestations à caractère familial PP, titulaires, stagiaires et co	162 936,25	0,00
				6350.00502	Sécurité sociale (régime général) PP, titulaires, stagiaires et	7 026 268,65	0,00
				6350.00503	Assurance chômage PP, titulaires, stagiaires et coopérants	295 842,87	0,00
				6350.00504	Retraite anticipée PP, titulaires, stagiaires et coopérants	73 960,70	0,00
				6350.00701	Prestations à caractère familial PP, personnel contractuel	39 670,00	0,00
				6350.00702	Sécurité sociale (régime général) PP, personnel contractuel	441 612,33	0,00
				6350.00703	Assurance chômage PP, personnel contractuel	18 594,19	0,00
				6350.00704	Retraite anticipée PP, personnel contractuel	4 648,54	0,00
		85 613 490,37	170 232,92			39 507 243,04	39 507 243,04

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-5 Les résultats analytiques :

La phase finale est la production des résultats analytiques pour la période courante pour chaque section primaire :

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

Figure N°17: les Résultats analytique (octobre 2017)

Résultats analytiques

Période: Exercice 2017, octobre, du 01/10/2017 au 31/10/2017

Plage des sections: de [] à [] zz zzzzzzzz

Section	U.O.	Production	Valeur	Cout U.O.
CHIRURGIE GENERALE	JH	867	10 030 358,80	11569,04
GENYCOLOGIE	JH	895	7 124 389,14	7960,21
MATERNITE	JH	753	4 240 087,29	5630,93
OPHTALMOLOGIE	K	0	0,00	0
MEDECINE INTERNE	JH	1246	9 382 836,42	7530,37
NEONATOLOGIE	JH	259	2 185 778,53	8439,3
PEDIATERIE	JH	795	4 500 717,32	5661,28
PUMC	P	4934	31 098 063,14	6302,81
SAMU	C	0	0,00	0
STOMATOLOGIE	D	2585	349 699,51	135,28
HEMODIALYSE	SNC	624	8 121 579,60	13015,35

Acte	Désignation	Cotation	Nombre	Valeur
7030010001	DYALISE ORDINAIRE	1	602	7 835 240,70
7030010003	HEMODYALISE CHRONIQUE - URGENCE	1	22	286 337,70

77 033 509,75

Sections: Principales (coûts complets) Auxiliaires (charges directes) Cumulatifs

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

Chapitre III : L'application du logiciel 3COH au sein de l'EPH AZAZGA

Dans l'exemple ci-dessus pour le mois d'octobre 2017 (section STOMATOLOGIE), on note que :

- La production (nombre d'unités produites) a été de 2585 D correspondant à 624 actes.
- Le cout de l'unité d'œuvre est de 135,28

On peut obtenir les résultats de l'année en cours, pour une section spécifique ou pour l'ensemble des sections :

- Valeur de la production ;
- Volume (nombre d'unités d'œuvre) ;
- Coût de l'unité d'œuvre.

Figure N°18: les résultats analytiques annuels (2017)

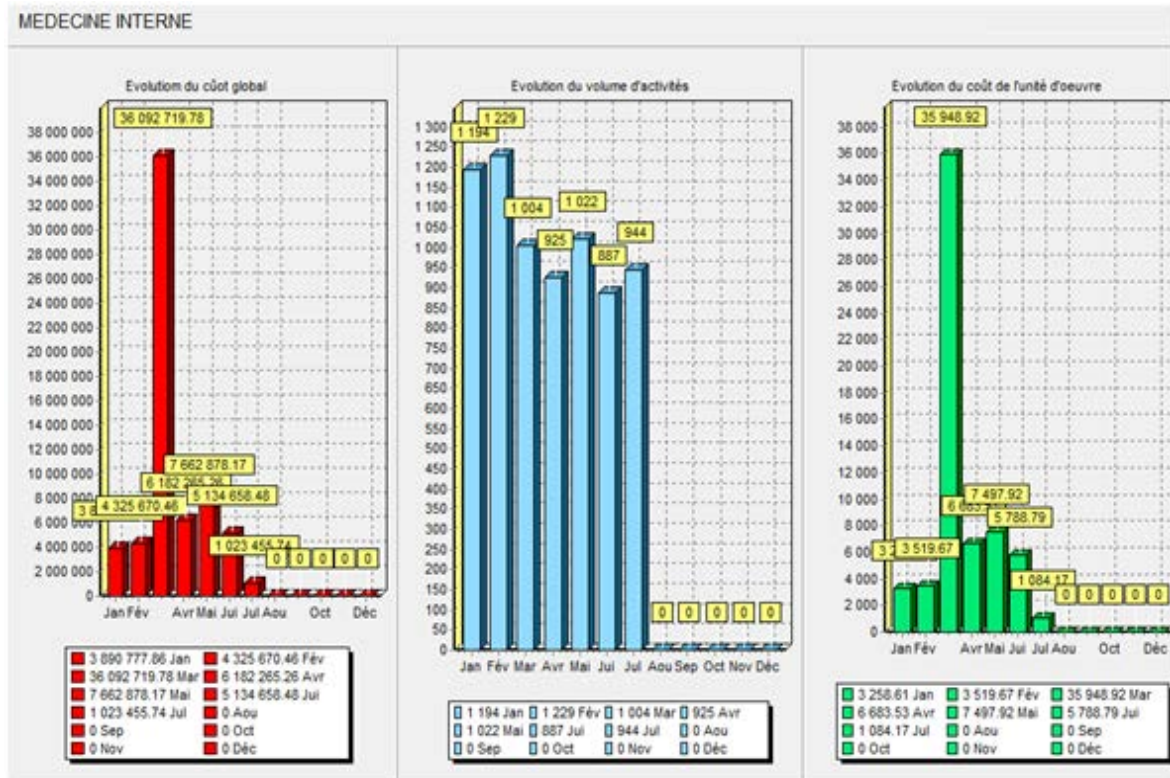
Résultats analytique cumulatifs																
Année 2017																
No	Centre de responsabilité	U.O.	Paramètre	Jan	Fév	Mar	Avr	Ma	Ju	Ju	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Tota
1	CHIRURGIE GENERALE	JH	VALEUR	18 529 829,05	11 467 188,00	10 710 910,26	13 385 764,24	10 882 831,22	7 905 187,20	11 003 583,03	7 174 707,60	9 511 580,18	10 030 358,80			110 601 939,59
			QTE	1085	997	1205	1129	1034	960	875	1082	782	867			10016
			COÛT U.	17 078,18	11 501,69	8 888,72	11 856,30	10 524,98	8 234,57	12 575,52	6 630,97	12 163,15	11 569,04			11 042,53
2	GYNCOLOGIE	JH	VALEUR	11 592 655,57	6 080 805,96	5 259 048,77	7 410 699,45	6 607 350,00	5 874 444,05	11 061 720,18	6 810 702,02	9 368 450,28	7 124 389,14			77 190 295,42
			QTE	385	392	325	338	344	390	413	691	827	895			5000
			COÛT U.	30 110,79	15 512,26	16 161,69	21 925,15	19 207,41	15 062,68	26 783,83	9 856,30	11 328,23	7 960,21			15 438,05
3	MATERNITE	JH	VALEUR	9 403 476,40	3 707 197,95	4 566 390,90	5 019 922,13	4 833 803,62	3 889 655,82	7 613 311,73	4 416 708,26	5 822 681,46	4 240 087,29			53 513 235,56
			QTE	271	257	155	174	338	320	352	680	683	753			3983
			COÛT U.	34 699,17	14 424,89	29 460,59	28 850,13	14 301,19	12 155,17	21 628,73	6 495,16	8 525,16	5 630,93			13 435,41
4	OPHTALMOLOGIE	K	VALEUR													0
			QTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
			COÛT U.													0
5	MEDECINE INTERNE	JH	VALEUR	15 360 911,14	9 628 712,91	9 771 767,51	11 253 305,80	9 808 528,00	8 997 646,22	14 781 179,71	8 443 498,12	11 073 505,68	9 382 836,42			108 501 891,51
			QTE	1286	991	1224	1053	1050	1013	1020	1136	1088	1246			11107
			COÛT U.	11 944,72	9 716,16	7 983,47	10 686,90	9 341,46	8 882,18	14 491,35	7 432,66	10 177,85	7 530,37			9 768,78
6	NEONATOLOGIE	JH	VALEUR	4 239 148,93	2 593 643,20	3 210 018,89	3 201 433,56	2 702 739,91	2 144 010,17	3 928 988,33	3 091 320,14	3 168 588,21	2 185 778,53			30 465 669,87
			QTE	402	216	237	92	219	247	259	389	322	259			2642
			COÛT U.	10 545,15	12 007,61	13 544,38	34 798,19	12 341,28	8 680,20	15 169,84	7 946,84	9 840,34	8 439,30			11 531,29
7	PEDIATERIE	JH	VALEUR	7 244 982,34	4 032 958,58	4 760 013,11	4 666 328,35	4 362 195,22	3 574 631,11	6 512 453,97	4 032 269,38	4 638 442,95	4 500 717,32			48 324 992,33
			QTE	820	743	675	527	516	462	621	692	624	795			6475
			COÛT U.	8 835,34	5 427,94	7 051,87	8 854,51	8 453,87	7 737,30	10 487,04	5 826,98	7 433,40	5 661,28			7 483,32
8	PUMC	P	VALEUR	44 643 669,13	24 093 227,67	29 671 039,03	32 620 628,70	32 699 055,94	32 837 656,87	44 008 641,37	32 753 230,09	36 203 987,78	31 098 063,14			340 629 199,72
			QTE	3652	4434	4592	4713	4859	4399	5577	5521	5021	4934			47602
			COÛT U.	12 568,60	5 433,75	6 461,46	6 921,42	6 729,59	7 464,80	7 891,10	5 932,48	7 210,51	6 302,81			7 155,77
9	SAMU	C	VALEUR													0
			QTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
			COÛT U.													0
10	STOMATOLOGIE	D	VALEUR	584 254,30	313 915,20	974 832,63	619 471,27	603 987,53	319 537,01	422 630,28	209 256,55	523 944,14	349 699,51			4 921 528,42
			QTE													
			COÛT U.													
			VALEUR	122 369 317,03	69 273 230,90	76 539 216,21	86 969 263,96	81 574 515,11	72 742 004,14	109 437 375,08	75 323 246,55	89 345 160,00				

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

On peut aussi obtenir les résultats sous forme graphique.

Exemple l'évolution des couts globale ; évolution du volume d'activités ; évolution du cout d'unité d'ouvre pour l'année 2017 :

Figure N°19: les Résultats analytiques pour le service médecine interne pour l'année 2017



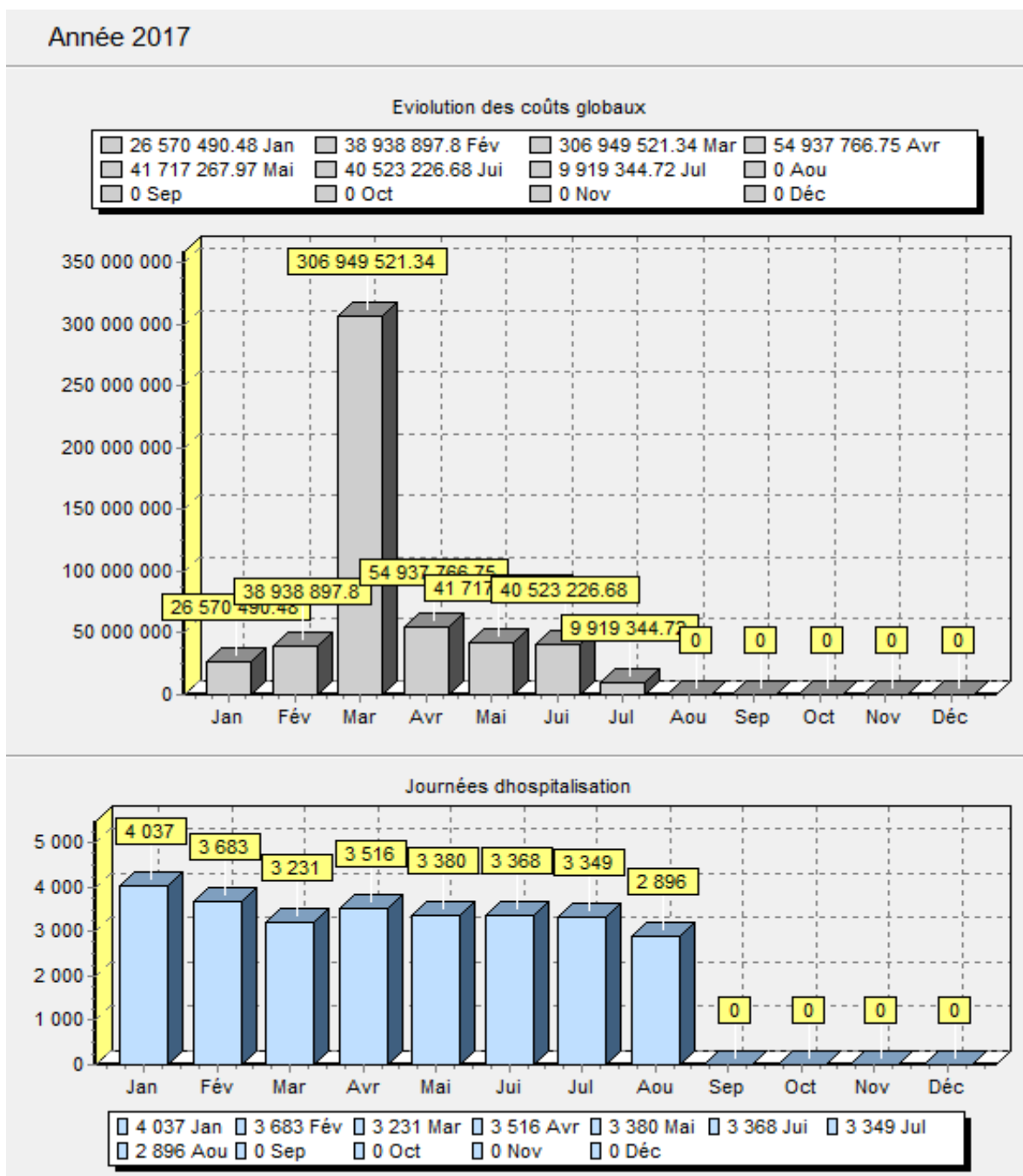
Source : logiciel 3coh de l'EPH AZAZGA

Le logiciel donne aussi les résultats pour l'ensemble des activités des services ce forme de graphique.

Ce graphe met en évidence l'évolution des charges totales en celui du nombre de journées d'hospitalisation.

Dans la figure suivante, on trouve les résultats analytique globale de tous les services de durant l'année 2017.Ce dernière constitue l'un des éléments du Tableau de Bord de l'EPH d'AZAZGA.

Figure N°20: les résultats globaux de l'année 2017



Source : logiciel 3coh de l'EPH AZAZGA 2017

III-3-6 Les limites du système 3COH et les recommandations :

Durant notre stage pratique réalisé au sein de l'EPH d'AZAZGA. Nous avons constaté des limites liées à l'application du système 3COH, et en parallèle, on a essayé de proposer quelques recommandations pour chaque limite :

➤ La comptabilité, en effet la clôture de l'exercice ne se fait jamais à temps réel à cause du retard des opérations budgétaires dans le système, le recours à la période complémentaires est nécessaire dans l'attente du paiement et la réception des facture, afin de pouvoir validé la transaction dans le système.

Afin de remédier ce problème le logiciel doit accepter temporairement les factures non payées en attendant la réception de ces dernières.

➤ Absence des outils de rectifications des erreurs par l'utilisateur, après validation des transactions dans le système.

Afin de résoudre ce problème on recommande de créé une rubrique qui permet de rectifié des erreurs saisie par les usagers dans le système.

➤ Incohérence du système par rapport aux opérations des engagements ; en effet une opération porte sur les conventions entre l'établissement et le fournisseur, par contre le système engage les facture préformât les bons de commandes.

➤ Lenteur des opérations liée à la paye, le système accepte la transaction seulement si les opérations de paiement des fonctionnaires a été effectué.

Dans ce cas le problème ne réside pas dans le système 3COH, il est dû au retard des opérations de règlement des comptes qui doit être faite à temps.

➤ la comptabilité budgétaire, le travail à temps réel est difficile à atteindre.

Pour régler cette contrainte la tutelle doit assurer la disponibilité des fonds nécessaire pour assuré le bonne fonctionnement des établissements de santé.

Conclusion du chapitre III :

Nous avons exposé dans ce chapitre les principaux résultats de la recherche, pour répondre à l'intérêt de la mise en place du système triple comptabilité hospitalière dans le calcul et l'analyse des coûts au niveau de L'EPH de AZEZGA.

Nous avons subdivisé nos résultats de recherche en trois axes, dans le premier, nous avons vérifié les conditions de mise en œuvre du système 3COH au niveau d'EPH d' AZEZGA. Dans le second axe, nous avons tenté d'identifier les nouveautés du tableau de bord apportées par le système 3COH, c'est-à-dire l'information que le personnel de l'établissement utilise au quotidien dans leurs décisions opérationnelles.

En effet, nous avons détaillé les principales étapes d'affectation des charges par le système 3COH dans le module analytique afin de calculer les différents coûts de prise en charge des patients (coûts du repas, DMS, TO, le coût de chaque unité d'œuvre).

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

Toutefois, l'étude de cas réalisée dans l'EPH d' AZEZGA confirme l'existence de plusieurs contraintes et dysfonctionnements dans la mise en œuvre du système.

Donc, pour assurer le bon fonctionnement du système la tutelle doit veiller à mettre en place un dispositif correctif aux différentes critiques apportées à ce système.

Conclusion générale

Dans ce présent travail, on a essayé d'illustrer et apporter les éléments de réponse que nous jugeons essentiel à notre problématique, à savoir l'intérêt de mettre en place le logiciel 3COH dans le calcul des coûts de prises en charges des malades dans les établissements de santé en Algérie.

Pour cela notre recherche nous a permis de porter la lumière sur les dimensions théoriques et pratiques.

Pour répondre à cette question, nous avons proposé des hypothèses selon les quelles d'avoir l'intérêt de mettre en place une méthode scientifique de comptabilité analytique.

Pour vérifier ces hypothèses, nous avons fait une analyse entre la méthode de calcul des coûts appliqué auparavant la méthode des sections homogènes et la méthode scientifique de comptabilité analytique (le système 3 COH).

En effet, après notre analyse l'Algérie n'a pas d'autre choix que d'innover en matière comptable pour fournir un « système sur mesure ».

Mais faudrait-il aussi engagé pour cela des experts nationaux et autres professionnels de la santé avec stimulant motivation et leur responsabilisation nécessaire. Ceci participe de la réussite certaine du projet.

Il est à souligner, pour une meilleure gestion de la comptabilité hospitalière l'Algérie doit engagé les « Hommes du terrain », pour relancer la réflexion pour actualiser, enrichir ou modifier la méthode en vigueur et l'adapter à chaque type d'établissement en tenant compte des nouveaux statuts (les plus récents).

Bibliographie

Ouvrages:

- DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. « Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance ». Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.
- GUY. RIMBAULT, « index in comptabilité analytique et gestion prévisionnelle : outils de gestion », édition CHIHAB EYROLLES COL COMPTABILITE, paris, 1991.
- HELENE LÖNING, « le contrôle de gestion : organisation, outils et pratiques », 3eme édition DUNOD, paris, 2008.
- MYKITA .P, TUSZYNKI, J. « la comptabilité analytique », édition FOUCHER, Paris 2000.
- MARTINE BROIDO Initiation à l'économie de la santé avec les logiciels Eco-Santé - Les producteurs du secteur de la santé édition IRDES, Juillet 2006.
- NORTHCOTT, LLEWELLY « Challenges in costing health care service: Recent evidence from the UK, International journal of public sector Management », édition2002.

Mémoires et thèses :

- Mr SALMI Madjid, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle: éléments pour une évaluation de la qualité des soins »
- Melle. TOUBAL Farida, mémoire de magister en sciences économiques, option économie 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, promotion 2007/2008, page 158.
- Melle MOULAI FAIROUZE, Melle ZEGGANE KARIMA Mémoire de MASTER en Sciences Economiques, option : Economie de la santé; « Contribution à l'étude de l'apport du nouveau système triple Comptabilité hospitalière sur les pratiques de contrôle de gestion en Algérie : Cas de l'EPH d'Akbou ».

- MOURAD, AMALOU, « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital : cas du CHU de Sétif », Mémoire de Magister en Sciences Économiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009.

Articles et revus :

- AUBIN-AUGER, Isabelle. MERCIER, Alain et al. Introduction à la recherche qualitative. La revue française de médecine générale, 2008
- SAID ARHAB, « Calcul des couts à l'hôpital », cread, Alger 2011.

Rapports et documents officiels :

- Arrêté interministériel du 6 Moharram 1436 Correspondant au 30 octobre 2014 fixant les modalités d'application du système informatisé de comptabilité de gestion au sein des Etablissements publics de santé ainsi que la liste des Etablissements concernés par la mise en œuvre de ce système.
- Décret exécutif n°09-110 du 11 Rabie Ethani 1430 correspondant au 7avril 2009 fixant les conditions et modalités de tenue de la comptabilité au moyen de systèmes informatique.
- Ministère de la sante et de la population, direction de la planification et de la normalisation « Guide méthodologique pour la mise en place du calcul des couts par la méthode des sections homogènes », Alger, septembre 2001.
- PRÉSENCES INTERNATIONAL, « Guide de l'utilisateur; projet 3coh » février 2010.
- PRÉSENCES INTERNATIONAL, « Système 3COH; Maintenance du système », septembre 2012.
- PRÉSENCES INTERNATIONAL, « Manuel de l'usager ; Système de triple comptabilité hospitalière 3COH », 2012.
- PRÉSENCES INTERNATIONAL, Manuel de comptabilité hospitalière septembre 2013

Webographie :

- www.fonction.publique.gouv.fr
- <http://www.axege.com/outils-pilotage-strategique/>
- www.axege.com
- www.cmpta-facile-com
- www.site3coh.dz
- www.univ-bejaia.dz
- www.sante.dz
- www.ipresences.com
- <http://www.sante.dz/dsp10/presentation-4.html>
- www.3coh.dz
- <http://www.mf-dgc.gov.dz>
- <http://www.mf-dgc.gov.dz/?page=projet-details&IDProj=8>
- <http://www.hplus.ch>
- www.linternaute.com/dictionnaire/définition/package
- <http://www.ecosante.fr>
- <http://www.hplus.ch>
- http://www.hep.ma/glossary/Taux-d-occupation-des-lits-d-hopitaux_gw104.html

Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Résumé en français	
Résumé en anglais	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Sommaire	
Introduction générale.....	1
Chapitre I : Présentation du système de calcul des coûts par la méthode des sections homogène.....	7
Introduction du Chapitre I.....	8
I-1 présentation de la méthode des sections homogènes	9
I-1-1 Aperçu général et définition de la méthode des sections homogènes	9
I-1-1-1 Historique et définition	9
I-1-1-2 Les principales notions à définir	10
I-1-2 Les moyens nécessaires pour la mise en place de la méthode des sections homogènes.....	12
I-1-2-1 Un tableau de bord	12
I-1-2-2 La Nomenclature des actes médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et leur codification	13
I-1-2-3 Le logiciel de calcul	13
I-1-2-4 La fiche navette	13
I-1-2-5 Nombre de lits (ou de lits occupés) d'un établissement hospitalier	14
I-1-2-6 Nombre d'admissions, de sortie ou de transferts.....	14
I-1-2-7 Nombre de journées d'hospitalisation par patient	14
I-1-2-8 Le package.....	14
I-2 les étapes de la méthode des sections homogène.....	15
I-2-1 Le découpage de l'établissement en section homogène (principale et auxiliaire)	15
I-2-1-1 Le centre de responsabilité	15
I-2-1-2 La classification des services.....	16
I-2-2 La conception des supports d'information en fonction du découpage	17

I-2-3 La Collecte des données.....	17
I-2-4 La répartition primaire des charges	33
I-2-5 La répartition secondaire des charges	34
I-3 Les apports et les Limites de la méthode de section homogène	39
I-3-1 Apports de la méthode de section homogène.....	39
I-3-1-1 Intégrer ce système selon différents niveaux de complexité	39
I-3-1-2 Identification de l'objet de coût	40
I-3-1-3 La stratégie de l'organisation	40
I-3-2 Les limites de la méthode des Section homogènes dans les établissements hospitaliers.....	40
I-3-2-1 limites liée à la gestion budgétaire.....	40
I-3-2-2 Limite liée au découpage analytique.....	44
I-3-2-3 Limite liée au système d'information comptable	44
I-3-2-4 Limite liée à la vocation et structure de l'EPS	45
Conclusion du chapitre I.....	46
Chapitre II : Le calcul des couts par le système triple comptabilité hospitalière	47
Introduction du Chapitre II	48
II-1 Historique et aperçu général sur le système de triple comptabilité hospitalière ..	49
II-1-1 Historique générale sur le système triple comptabilité hospitalière.....	49
II-1-2 Aperçu général sur le système de triple comptabilité Hospitalière	52
II-1-2-1 Présentation du système de triple comptabilité hospitalière	52
II-1-2-1-1 Présentation des trois comptabilités.....	52
II-1-2-1-2 L'intégration des trois comptabilités.....	52
II-1-2-2 Le système 3COH.....	53
II-1-2-2-1 la mission du système 3COH	54
II-1-2-2-2 les modalités de la mise en œuvre du système de 3COH.....	54
II-1-2-2-3 l'apport de système 3COH	56
II-2 l'organisation du système de triple comptabilité hospitalière.....	57
II-2-1 La Présentation des Notions de base	59
II-2-1-1 L'Usager.....	59

II-2-1-1-1 Gestion des droits d'accès	59
II-2-2 Fonction et caractéristiques de base	61
II-2-3 La composition du système.....	62
II-2-3-1 Les fonction du système 3COH.....	62
II-2-3-1-2 Notion de transaction et de module	63
II-2-3-2 Présentation des modules	63
II-2-3-3 Les rubriques principales (les familles)	64
III-3 Le fonctionnement du système de triple comptabilité Hospitalière.....	66
III-3-1 L'installation du logiciel 3COH.....	66
III-3-2 Le paramétrage.....	66
III-3-3 L'importation de la situation de départ	67
III-3-4 Présentation du mode de fonctionnement des trois comptabilités	68
III-3-4-1 La comptabilité générale.....	68
III-3-4-1-1 L'organisation de la comptabilité générale	69
III-3-4-1-2 L'apport de la comptabilité générale	70
III-3-4-2 La comptabilité analytique.....	71
III-3-4-2-1 Objectifs et finalité de la comptabilité analytique	72
III-3-4-2-2 Présentation de la comptabilité analytique en tant que système de gestion interne.....	72
III-3-4-2-3 Les critères de choix d'un modèle de comptabilité analytique	73
III-3-4-3 La comptabilité analytique complément de la comptabilité budgétaire	75
Conclusion du chapitre II	78
Chapitre III : L'application du logiciel 3COH au sein de l'EPH AZAZGA	79
Introduction du Chapitre III	80
III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude	81
III-1-1 Méthodologie de recherche	81
III-1-1-1 Le choix de recueil des informations.....	82
III-1-1-2 Le choix de l'outil	82
III-1-2 Présentation de l'EPH AZAZGA.....	83
III-1-2-1 Circonscription géo-sanitaire	83

III-1-2-2 Couverture sanitaire.....	83
III-1-2-3 Capacité de l'établissement.....	83
III-1-2-4 Services hospitalisations	84
III-1-2-4-1 Le service de médecine interne	84
III-1-2-4-2 Service de pédiatrie.....	84
III-1-2-4-3 Le service de chirurgie.....	85
III-1-2-4-4 Le service gynéco –obstétrique	85
III-1-2-4-5 Unité d'urgences médico- chirurgicales	86
III-1-2-4-6 Service néphrologie et hémodialyse	87
III-1-2-5 Plateau techniques	88
III-1-2-5-1 Laboratoire central.....	88
III-1-2-5-2 Poste de transfusion sanguine	88
III-1-2-5-3 Radiologie	88
III-2 Evolution et mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière au sein de L'EPH AZAZGA	89
III-2-1 Evolution d'exploitation du système 3COH.....	89
III-2-2 Les conditions de mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière	92
III-2-2-1 Présentation du service « centre de calcul »	92
III-2-2-2 Les équipements	95
III-2-2-3 La sensibilisation.....	95
III-2-2-4 La formation du personnel.....	95
III-2-3 Les étapes de mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière	96
III-2-3-1 La collecte des données	96
III-2-3-1-1 Le module gestion des stocks.....	96
III-2-3-1-2 Le module achats	96
III-2-3-1-3 Le module budget	97
III-2-3-1-4 Le module facturation régie	97
III-2-3-1-5 Le module consommation	97
III-2-3-2 L'enregistrement des données.....	97
III-2-3-2-1 La saisie.....	98

III-2-3-2-2 La mise à jour	98
III-2-3-2-3 La validation.....	98
III-2-3-2-4 La centralisation	98
III-3 L’application du système 3COH dans le calcul des couts de prise en charge des malades au sein l’EPH d’AZAZGA	99
III-3-1 Paramétrage préalable	100
III-3-1-1 Les unités d’œuvre	100
III-3-1-2 Les actes.....	101
III-3-1-3 Les centres de responsabilité.....	102
III-3-1-4 Les classes de charge	103
III-3-1-5 Les tables de ventilation	103
III-3-2 La saisie des données variables.....	104
III-3-2-1 Les effectifs des services	104
III-3-2-2 Consommation des produits alimentaires (repas)	105
III-3-2-3 Admissions et hospitalisations	106
III-3-2-4 La production des services médico-techniques.....	107
III-3-2-5 La production des services médicaux.....	108
III-3-3 La répartition des charges.....	109
III-3-3-1 La Répartition primaire.....	110
III-3-3-2 La répartition secondaire	111
III-3-4 Le sommaire des charges.....	112
III-3-5 Les résultats analytiques.....	113
III-3-6 Les limites du système 3COH et les recommandations	117
Conclusion du chapitre III.....	118
Conclusion générale	119
Bibliographie	121
Liste des annexes	
Annexes	